

11217

134 203

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL TACUBA  
I.S.S.S.T.E.

"SELECCION RADIOLOGICA PREVIA EN  
EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA  
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO"

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. A. REBECA TRISTAN MENDOZA



ISSSTE

MEXICO, D. F.,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1989



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.

## I N D I C E

|                          |    |
|--------------------------|----|
| INTRODUCCION .....       | 1  |
| GENERALIDADES.....       | 3  |
| HIPOTESIS.....           | 14 |
| OBJETIVOS.....           | 15 |
| DISEÑO EXPERIMENTAL..... | 16 |
| MATERIAL Y METODOS.....  | 18 |
| RESULTADOS.....          | 20 |
| CONCLUSIONES.....        | 31 |
| BIBLIOGRAFIA.....        | 34 |

## R E S U M E N

EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL ISSSTE, SE REALIZO UN ESTUDIO LONGITUDINAL, COMPARATIVO Y PROSPECTIVO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A NOVIEMBRE DE 1988, EN 50 PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

EN EL PRIMER GRUPO O GRUPO TESTIGO, SE ESTUDIARON A 25 PACIENTES A LOS CUALES SE LES REALIZO EN FORMA INDISTINTA, REPARACION QUIRURGICA YA SEA MEDIANTE SUBURETROPLASTIA TIPO KELLY KENNEDY O CISTOURETROPEXIA TIPO MARSHALL MARCHETTI KRANTZ. EN EL SEGUNDO GRUPO O GRUPO CONTROL SE ESTUDIARON TAMBIEN A 25 PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, SE LES REALIZO MEDIANTE SELECCION RADIOLOGICA PREVIA DEL ANGULO URETROVESICAL POSTERIOR, LAS SIGUIENTES TECNICAS QUIRURGICAS: SI LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ES DE TIPO I SE REALIZO SUBURETROPLASTIA TIPO KELLY KENNEDY; SI LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ES DE TIPO II SE LES REALIZO MARSHALL MARCHETTI KRANTZ.

EN BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS ENCONTRAMOS, EN EL GRUPO TESTIGO UN MAYOR NUMERO DE RECIDIVAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (8 %). Y EN EL GRUPO CONTROL NO ENCONTRAMOS RECIDIVAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. POR LO TANTO CREEMOS, QUE LA INVESTIGACION RADIOLOGICA DEL ANGULO URETROVESICAL POSTERIOR ES BASICA PARA DETERMINAR LA VIA DE ELECCION Y TECNICA QUIRURGICA APROPIADA EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

## INTRODUCCION

En las últimas décadas la incontinencia urinaria de esfuerzo ha sido objeto de numerosos trabajos, y es tema oficial de destacados ginecólogos y urólogos del mundo en muchos congresos aún recientemente.

El tema interesa por igual a ginecólogos y urólogos ya que esta enfermedad gravita y altera la vida personal familiar y social de sus portadoras.

La incontinencia urinaria de esfuerzo transforma la esfera física, psíquica y afectiva. Limita la actividad y productividad de la mujer, constituyendo una de -- la más penosas invalideces femeninas.

El palpitante interes sobre el estudio de la incontinencia urinaria de esfuerzo, se refleja en la variada y -- abundante literatura nacional e internacional, sin embargo quedan dudas sobre cuál método o técnica quirúrgica es mejor para resolver este problema y parece ser que cada -- quien escribe conforme a su propia experiencia.

El punto clave de este asunto parece ser la selección adecuada de las pacientes para elegir la vía y técnica quirúrgica.

Es por esto que en este estudio haremos un especial énfasis sobre un estudio radiológico (cistouretrografía) el cual no sólo nos confirma la presencia de esta enfermedad, sino también nos demuestra el grado del defecto anatómico ayudándonos para valorar la vía y la técnica quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

En resumen creemos que es un estudio imprescindible y de gran valor en el manejo individual de toda paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo, ya que al realizar un tratamiento quirúrgico definitivo con la finalidad de evitar las recidivas de la incontinencia urinaria de esfuerzo damos con esto una mejor integración de la mujer a la sociedad.

**GENERALIDADES:**

**INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.**

**DEFINICION:**

Se acepta definir a la incontinencia urinaria de esfuerzo, como la emisión involuntaria, incontrolable, indolora, -- pero perceptible de la orina a través de la uretra. Esta emisión puede ser constante o intermitente, de grados variables-- y alternar con micciones normales. (1,5).

Con esta definición ( Gil Vernert ) excluye las incontinencias urinarias congénitas, las incontinencias urinarias -- adquiridas por fístulas génito-uritarias derivadas de traumatismos obstétricos o quirúrgicos y también las incontinencias urinarias derivadas de enfermedades del sistema nervioso central o periférico, ya sean de orden médico o quirúrgico (1).

La incontinencia urinaria de esfuerzo debe de ser distinguido de algunas otras entidades que causan incontinencia, como infecciones del tracto urinario, radiaciones, traumatismos, pólipos y de la incontinencia urinaria de urgencia ya -- que la cirugía en estos casos resulta inadecuada ( 24 ).

**ETIOPATOGENIA:**

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la causa más común de incontinencia urinaria en la mujer, es más frecuente en los **multíparas**, está relacionada con antecedentes de partos traumáticos y asociado a elongaciones de fascias, a hipoestrogenismo, así como a ruptura de ligamentos paraurales (16-24).

La incontinencia urinaria de esfuerzo constituye en su mayor frecuencia una complicación del trauma obstétrico-ginecológico como es clásico admitirlo y en contadas ocasiones depende de una insuficiencia funcional del pubococcígeo, dominado pues en su etiopatogenia los factores locales derivados del mecanismo del parto normal o patológico, espontáneo y operatorio, en primer término y las lesiones derivadas de la cirugía gineco-tocológica regional

La agresión a los soportes normales del cuello vesical y de la uretra proximal durante el embarazo, trabajo de parto y parto es responsable para un desarrollo posterior en la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mayoría de los casos.

Durante el trabajo de parto la dilatación cervical llega al máximo de distensión al retinaculum uteri, los músculos

los y fascias contiguas al cuello y al círculo de inserción vaginal, el estiramiento culmina en las dilataciones espontáneas o manuales rápidas y con mayor razón en el curso de intervenciones obstétricas vaginales.

La presión ejercida sobre la pared anterior de la vagina sobredistingue y lacerada la fascia de soporte perivesical en los partos lentos, en las pelvis límites y en las aplicaciones instrumentales. La sobredistensión, isquemia, desgarros y rupturas vasculares son importantes, así como el deterioro de los diafragmas urogenital y pelviano.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es difícil encontrarla en nulíparas, ocurriendo invariablemente en los años postmenopáusicos cuando la atrofia y los cambios degenerativos alteran los mecanismos de soporte. (11).

Generalmente se admite que el problema básico es un inadecuado soporte en la base de la vejiga, cuello vesical y uretra proximal, que resulta de una alteración característica en la anatomía uretrovesical.

#### DIAGNOSTICO:

En el manejo de los pacientes que aparentemente presentan incontinencia urinaria de esfuerzo, el primer objetivo -- es el diagnóstico exacto, demostrando la presencia del pro -- blema anatómico para la incontinencia urinaria de esfuerzo -- y excluir la posibilidad de alguna otra patología que cau -- sen la incontinencia urinaria anormal asociada a ésta.

Esto es importante, ya que el fracaso adjudicado al procedimiento quirúrgico para la incontinencia urinaria de es -- fuerzo, se debía en parte a que se incluían en esta serie de operaciones a muchas pacientes que presentaban incontinencia urinaria anormal y tenían otra etiología.

El diagnóstico clínico de la incontinencia urinaria de -- esfuerzo es en general fácil, ya que la mujer consulta por -- pérdidas de orina evidentes, surgidas durante los movimien -- tos, los esfuerzos, en posición de pie y excepcionalmente -- acostada, por lo tanto por medio del interrogatorio se esta -- blece la intensidad o grado de la misma, así como nos lleva -- a fijar la cronología precisa de la pérdida urinaria.

El interrogatorio debe fijar si han habido operaciones anteriores y de qué tipo, desentrañar si la incontinencia -- urinaria preexistía o sucedió a la intervención de operaciones ginecológicas o urológicas, resecciones intestinales, -- intentos de cura de prolapsos y/o incontinencia urinaria.

Debe puntualizarse la fecha de recidiva o de la aparición de la incontinencia urinaria, no sólo en relación con -- el tipo de intervención sino también con la edad de la paciente.

Finalizado un paciente y útil interrogatorio, se debe -- realizar un buen examen clínico, el cual se realiza con la -- paciente en posición ginecológica, con la vejiga llena, se -- le pide que haga esfuerzo y se observa la salida de orina de -- gesto variable, acompañándose o no de una deformación del -- perine anterior.

En ausencia de descenso o deformidad de la uretra y de -- la parte correspondiente de la pared vaginal anterior, tene -- mos derecho a suponer una incontinencia urinaria esfinteria -- na pura, que en la práctica ginecológica es excepcional y es -- en general vista por el Urólogo, está normalmente asociada -- del prolapso.

Deberá realizarse un minucioso exámen de uretra, corrigiendo abertura y situación del meato externo, descenso e incurvación de la uretra anterior, su diámetro y morfología y si tiene alteraciones en su eje. Deberá explorarse si existen descenso de pared vaginal anterior y el grado del mismo.

Se realizará la prueba de elevación del cuello vesical, ya que es útil para establecer que una anomalía anatómica es responsable de la sintomatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo, y que ésta es potencialmente corregible por medio de un procedimiento quirúrgico. La gran experiencia de Marchetti con esta prueba, así como muchos autores, indican que con ocasional excepción esta prueba es muy confiable.

En adición a una historia clínica cuidadosa y una exploración física detallada, existen otros estudios que ayudan a revelar la patología intrínseca de la incontinencia urinaria, y dentro de estos se incluyen el uroanálisis y cultivos, pielografía intravenosa, cistosconía, cistometrogramas y medición de orina residual.

El estudio más decisivo y de más ayuda continua siendo la cistouretrografía, estudio radiológico de la relación -- uretrovesical, no solo confirma su presencia sino demuestra -- precisamente lo extenso de los defectos anatómicos responsables de los síntomas en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo y cuando la cistouretrografía es normal sirve pa -- ro excluir aquellos casos en quienes la incontinencia urinaria tiene otra etiología. (9).

En la cistouretrografía los defectos anatómicos que se observan es la pérdida del ángulo uretrovesical posterior -- común a todos los pacientes con incontinencia urinaria de es -- fuerzo, la importancia en la pérdida de este ángulo y la valoración para el tratamiento de la incontinencia urinaria -- de esfuerzo ha sido enfatizado por un número importante de -- autores (4, 10, 11, 15, 20, 22).

Utilizando la relación del ángulo uretrovesical poste -- rior demostrado en la cistouretrografía, es posible dividir las alteraciones anatómicas en dos tipos:

TIPO I: Existe un aumento o desaparición del ángulo poste -- rior, además el ángulo de inclinación axivertical de la uretra es normal o casi normal (entre  $10^{\circ}$  y  $30^{\circ}$ , pero siempre me -- nor de  $45^{\circ}$ ).

**TIPO II:** Desaparición total del ángulo posterior, con un ángulo uretrovertical anterior mayor de  $45^{\circ}$  -  $90^{\circ}$  y aún invertido.

Este tipo de información adicional nos ayuda a la selección del procedimiento quirúrgico ideal para cada caso.

En resumen la cistouretrografía provee de más información de un gran valor en el manejo individual de la paciente, demostrando en forma precisa y completa la configuración anatómica anormal, valorando a cada una de las pacientes para su corrección quirúrgica.

Es importante hacer énfasis en la cistouretrografía pre- y post operatoria, ya que nos sirven para valorar la reparación quirúrgica y revela las bases anatómicas de falla de la cirugía, en caso de resultados malos, con incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante.

TRATAMIENTO:

Una gran variedad de operaciones para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo han sido descritas, y fundamentalmente son por abordaje vaginal, abdominal o abdominovaginal. (5, 6, 7, 8 ).

Las técnicas vaginales se recomiendan de primera intención en pacientes que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a cistouretrocele grado II-III, entre ellas - existen: a) la técnica de Kelly, que consiste en el plegamiento de la fascia de Halban, con el fin de corregir el ángulo uretrovesical y colocar la uretra posterior, en una posición retropúbica más alta, b) la técnica de Kennedy, que afronta los haces musculares pubococcígeos del elevador del ano a nivel del ángulo uretrovesical. (20, 26).

Para la incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante se utilizan técnicas abdominales o abdominovaginales como son las de: Marshall-Marchetti-Krantz, Bursh, Stanton, Ostergard, Symmonds, Pereyra, Flores Carrera y otros. Estas técnicas tienen como finalidad fijar los tejidos parauretrales al periostio, ligamento de Cooper y fascias del obturador interno. Asimismo, se recomienda la vía abdominal a aquellas.

pacientes que requieren algún otro procedimiento quirúrgico por esta vía como histerectomía, salpingoclasia y otras. (2, 3).

La terapia conservadora puede ser recomendada en pacientes con casos leves de incontinencia urinaria de esfuerzo, para los cuales se recomienda ejercicios del piso pélvico (Kegel) y estimulación farádica en los músculos perineales. (20).

También se pueden tratar con estimulantes de los receptores alfa adrenérgicos, que aumentan el tono del cuello de la vejiga y de la musculatura uretral. En pacientes seniles puede ser tratada con estrógenos locales. (20).

Probablemente el más significativo avance en la terapéutica durante la pasada década ha sido el incremento en el énfasis de precisar y definir la anomalía de la anatomía de la región uretrovesical en cada paciente y así seleccionar el procedimiento ideal para cada caso individual, basándose en esto.

Definiéndose los dos tipos básicos de configuración anatómica anormal de la región uretrovesical, se encontró que la reparación por vía vaginal era muy efectiva en la co-

rrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo del tipo I y que las técnicas abdominales o abdominovaginales eran necesarias para poder tener éxito en la incontinencia urinaria - de esfuerzo tipo II. (9, 10, 11, 12, 13).

Se ha observado un mayor por ciento de curación cuando estos criterios eran usados para seleccionar el tipo de cirugía en cada uno de los pacientes, ya que la técnica empírica para la selección de la operación ha rendido un por ciento de cura del 75 al 85 % en series reportadas, siendo por lo tanto los resultados no precisamente satisfactorios. (2).

**HIPOTESIS:**

La investigación radiológica del ángulo uretrovesi--  
cal posterior es básica para determinar la vía de elec--  
ción y técnica quirúrgica apropiada en el tratamiento de  
la incontinencia urinaria de esfuerzo.

**OBJETIVOS:**

- 1.- Realizar y determinar la vía de elección y técnica -- quirúrgica apropiada en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo de acuerdo a la investigación del ángulo uretrovesical posterior.
- 2.- Protocolizar el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Tacuba --- ISSSTE, con la finalidad de unificar criterios.
- 3.- Finalmente al elegir la vía apropiada en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo dar como resultado un menor número en las recidivas.

**DISEÑO EXPERIMENTAL**

**A) TIPO DE ESTUDIO:**

Prospectivo, longitudinal y comparativo.

**B) UNIVERSO DE ESTUDIO:**

De los meses de Junio a Noviembre de 1988, con la siguiente distribución:

I.- Grupo testigo: pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo que fueron intervenidas sin selección radiológica previa.

II.- Grupo Control: pacientes que cursan con incontinencia urinaria de esfuerzo, seleccionando los casos mediante cistouretrografía previa al tratamiento.

Grupo I: 25 pacientes.

Grupo II: 25 pacientes.

**C) CRITERIOS DE INCLUSION:**

SEXO: Femenino.

EDAD: 30 - 65 años.

OCUPACION: Todas.

Pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo (por pérdida de la estática pélvica - genital), y sin antecedentes de urosépsis.

D) CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes diabéticos.
- Pacientes obesos.
- Pacientes con traumatismos accidentales de la vejiga y -  
o uretra.
- Pacientes con incontinencia urinaria de otro origen.
- Pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo reci-  
divante.

E) CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que no desearon ingresar al estudio.

## MATERIAL Y METODOS:

Se estudió en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Tacuba ISSSTE, en el período de Junio - a Noviembre de 1988, a 50 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Este estudio fué un estudio prospectivo, longitudinal y comparativo, entre dos grupos de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Se incluyeron en el estudio a todas las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo que presentaron sintomatología consistente en pérdida involuntaria de orina al realizar pequeños, medianos o grandes esfuerzos, con o sin sensación de cuerpo extraño en vagina y que a la exploración se --corroboraba la salida de orina con vejiga llena al realizar un esfuerzo, teniendo además prueba de Doney positiva y urocultivo negativo. Se les realizó además exudado vaginal, citología exfoliativa cervicovaginal y exámenes básicos, así como valoración cardiovascular preoperatoria cuando era necesario y la cistouretrografía preoperatoria en el grupo control.

En el primer grupo, o grupo testigo se estudió a 25 pacientes con IUE a las que se les realizó reparación quirúrgica ya sea mediante suburetrotomía tipo Kelly/Kennedy.

cuando la incontinencia urinaria de esfuerzo se asociaba a -  
cistouretrocele G II-III, o la realización de Marshall-Mar-  
chetti-Krantz cuando la paciente requería de algún otro pro-  
cedimiento por vía abdominal.

En el segundo grupo, o grupo control se estudiaron a  
25 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, a las -  
que se les realizó cistouretrografía con cadena para valorar  
el ángulo uretrovesical posterior y clasificándose en IUE --  
tipo I y tipo II.

La técnica quirúrgica empleada fué la suburetroplas-  
tía tipo Kelly- Kennedy en las pacientes que demostraron IUE  
tipo I, y para las pacientes que mostraron IUE tipo II se -  
les realizó la técnica abdominal Marshall Marchetti Krantz.

Se consideraron en ambos grupos: edad, paridad, grado  
de incontinencia urinaria de esfuerzo, técnica operatoria,  
incontinencia urinaria recidivante, y en el grupo control -  
la valoración radiológica pre operatoria.

**RESULTADOS:**

**GRUPO TESTIGO:**

La edad promedio fué de 44 años (cuadro I), la paridad-promedio fué de 4 partos (cuadro II), el grado de incontinencia urinaria de esfuerzo fué: leve en el 0%, moderada en el 12 % y severa en el 88% (cuadro III).

Se les intervino quirúrgicamente empleando la técnica vaginal en 12 pacientes (48 %), y técnica abdominal Marshall-Marchetti Krantz en 13 pacientes (52 %) (cuadro IV).

Se encontró como complicación tardía en una paciente -- un absceso de pared vaginal anterior, posterior a cirugía vaginal, se manejó con antibioticoterapia y drenaje, presentando una evolución satisfactoria.

La incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante se -- encontró en 2 pacientes (8%).

C U A D R O No. I.

| EDAD        | NUMERO DE PACIENTES | POR CIENTO |
|-------------|---------------------|------------|
| 30- 40 años | 11                  | 44 %       |
| 41- 50 años | 8                   | 32 %       |
| 51- 60 años | 4                   | 16 %       |
| 61- 70 años | 2                   | 8 %        |
| TOTAL       | 25                  | 100 %      |

C U A D R O      N o .      I I .

| PARIDAD | NUMERO DE PACIENTES | PORCIENTO |
|---------|---------------------|-----------|
| P I     | 0                   | 0 %       |
| P II    | 2                   | 8 %       |
| P III   | 6                   | 24 %      |
| P IV    | 8                   | 32 %      |
| P V     | 3                   | 12 %      |
| P VI    | 4                   | 16 %      |
| P VII   | 2                   | 8 %       |
| TOTAL   | 25                  | 100 %     |

PARIDAD PROMEDIO: 4

C U A D R O N o. III.

| GRADO DE I. U. E. | No. de Pacientes | Por ciento |
|-------------------|------------------|------------|
| LEVE              | 0                | 0 %        |
| MODERADA          | 3                | 12 %       |
| SEVERA            | 22               | 88 %       |
| TOTAL             | 25               | 100 %      |

CUADRO No. IV.

---

| TECNICA OPERATORIA         | NO. DE PACIENTES | PORCIENTO |
|----------------------------|------------------|-----------|
| <b>SUBURETROPLASTIA</b>    |                  |           |
| TIPO KELLY-KENNEDY         | 12               | 48 %      |
| <b>CISTOURETROPEXIA.</b>   |                  |           |
| TIPO MARSHALL MARCHETTI K. | 13               | 52 %      |
| <hr/>                      |                  |           |
| TOTAL                      | 25               | 100 %     |

**GRUPO CONTROL:**

La edad promedio fué de 43 años (cuadro V), la paridad-promedio fué de 4 partos (cuadro VI), el grado de incontinencia de esfuerzo fué leve en el 0 %, moderada en el 16 % y severa en el 84 % (cuadro VII).

Se clasificaron según la cistouretrografía prooperatoria en incontinencia urinaria de esfuerzo tipo I correspondiendo a 16 pacientes (64 %), y tipo II a 9 pacientes (36 %)(cuadro-VIII).

En cuanto a la técnica operatoria, se realizó suburetrotomía tipo Kelly-Kennedy en el 64 %, y la cistouretrotomía tipo Marshall Marchetti Krantz en el 36 % (cuadro IX).

No se encontró en este grupo incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante, ni algún otro tipo de complicación.

C U A D R O      N o .      V

---

| EDAD          | NUMERO DE PACIENTES | PORCIENTO |
|---------------|---------------------|-----------|
| 30 - 40 años  | 8                   | 32 %      |
| 41 - 50 años  | 10                  | 40 %      |
| 51 - 60 años. | 7                   | 28 %      |
| TOTAL         | 25                  | 100 %     |

---

**C U A D R O      N o .      V I .**

---

| <b>PARIDAD</b>          | <b>Nb. de Pacientes</b> | <b>Porciento</b> |
|-------------------------|-------------------------|------------------|
| P I                     | 1                       | 4 %              |
| P II                    | 3                       | 12 %             |
| P III                   | 8                       | 32 %             |
| P IV                    | 2                       | 8 %              |
| P V                     | 1                       | 4 %              |
| P VI                    | 6                       | 24 %             |
| P VII                   | 2                       | 8 %              |
| P VIII                  | 1                       | 4 %              |
| P IX                    | 1                       | 4 %              |
| <hr/>                   |                         |                  |
| <b>TOTAL</b>            | <b>25</b>               | <b>100%</b>      |
| <hr/>                   |                         |                  |
| <b>PARIDAD PROMEDIO</b> | <b>4</b>                |                  |

C U A D R O      N o .      V I I .

---

| GRADO DE I. U. E. | No. de Pacientes | Por ciento |
|-------------------|------------------|------------|
| LEVE              | 0                | 0%         |
| MODERADA          | 4                | 16%        |
| SEVERA            | 21               | 84%        |

---

|       |    |       |
|-------|----|-------|
| TOTAL | 25 | 100 % |
|-------|----|-------|

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

C U A D R O    N o .    V I I I .

| TIPOS DE IUE POR<br>CISTOURETROGRAFIA | NUMERO DE<br>PACIENTES. | PORCIENTO |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------|
| TIPO I                                | 16                      | 64 %      |
| TIPO II                               | 9                       | 36 %      |
| TOTAL                                 | 25                      | 100 %     |

**C U A D R O****No. IX.**

---

| <b>TECNICA QUIRURGICA</b>        | <b>NO. DE PACIENTES</b> | <b>PORCIENTO</b> |
|----------------------------------|-------------------------|------------------|
| <b>SUBURETROPLASTIA</b>          |                         |                  |
| <b>TIPO KELLY KENNEDY</b>        | <b>16</b>               | <b>64 %</b>      |
| <b>CISTOURETROPEXIA TIPO</b>     |                         |                  |
| <b>MARSHALL MARCHETTI KRANTZ</b> | <b>9</b>                | <b>36 %</b>      |
| <hr/>                            |                         |                  |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>25</b>               | <b>100 %</b>     |

## CONCLUSIONES :

En nuestro estudio a manera de conclusiones encontramos las siguientes:

- 1.- Se comprobó lo mencionado por la mayoría de los autores con respecto a que la incontinencia urinaria de esfuerzo su mayor frecuencia es en multíparas y en mujeres mayores de 40 años. Corroborándose está, tanto en el grupo testigo como en el grupo control.
- 2.- En el grupo testigo encontramos un mayor número de recidiva de la incontinencia urinaria de esfuerzo, y posteriores a técnicas vaginales, esto seguramente debido a falla para la evaluación adecuada de la técnica quirúrgica en base al estudio individual previo de la paciente.
- 3.- No encontramos recidivas de la incontinencia urinaria de esfuerzo en nuestro grupo control, en el cual se les realizó a las pacientes una valoración radiológica preoperatoria (cistouretrografía), para elegir la técnica quirúrgica adecuada.

**C O M E N T A R I O :**

Revisando la variada y abundante literatura nacional e internacional sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo - quedan dudas sobre cual método o técnica quirúrgica es mejor para resolver este problema.

Hay quienes afirman que la vía vaginal no es adecuada, porque no se logra corregir en forma concreta el ángulo u--retrovesical y apoyan las técnicas abdominales afirmando -- que estas si lo logran, otros prefieren exclusivamente las vaginales y otros las abdominovaginales. (10,13,14,16,17,20, 21,22,24).

El punto clave de este asunto es según nuestro criterio la selección adecuada mediante el examen radiológico llamado cistouretrografía para elegir la técnica y la vía adecuada.

En nuestro estudio hacemos énfasis sobre la necesidad de una correcta evaluación de todos los pacientes con incon--tinencia urinaria de esfuerzo, ya que mediante el examen y - estudio de la cistouretrografía pueden ser valorados los de--fectos anatómicos, observando la pérdida del ángulo uretrovesical posterior común a todos los pacientes con IUE, y la importancia de este ángulo en la etiología y tratamiento ha sido enfatizado por varios autores. (8).

Nuestro criterio en base a nuestro estudio y a nuestros resultados de no encontrar recidivas de la incontinencia urinaria de esfuerzo, es que debe realizarse en forma invaria--ble la demostración de los cambios en la pérdida del ángulo uretrovesical posterior en la cistouretrografía, en pacien--tes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Dirigiendo -- el procedimiento quirúrgico de la siguiente manera: a) En la IUE tipo I la vía de elección es la vaginal realizándose -- suburetroplastía tipo Kelly-Kennedy; b) en la IUE tipo II la vía de elección es la abdominal mediante el Marshall Marchetti Krantz. (8)

Sin embargo, creemos que en base a que el seguimiento de las pacientes es difícil, para así poder valorar el éxito de la cirugía, es necesario como muchos autores lo describen, -- la realización de la cistouretrografía de control postoperatoria, para así, observar la restauración uniforme de la integridad del ángulo uretrovesical posterior, en aquellas pacientes en que la incontinencia urinaria de esfuerzo al parecer -- ha cedido.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Belloso, R. A.: Prolapso Genital. Incontinencia de orina en la mujer. Editorial Panamericana. 1965.
- 2.- Buchsbaum, M.D.: Gynecologic and Obstetric Urology. W.B. Saunders Company. Philadelphia. London, Toronto. 1978.
- 3.- Burch, J. C.: Urethrovaginal fixation to Cooper ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. Am. J. Obstet Gynecol 1961; 81:281.
- 4.- Burch, J.C.: Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. Am. J. Obstet. Gynecol. 1968; - 100 - 764.
- 5.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas: Urología Ginecológica. Vol. 2 1984. Ed. Interamericana.
- 6.- Cullen, R. A.; Edmonds P. Williams N.L.: Treatment of -- stress urinary incontinence. Due to paravaginal fascial -- defect. Obstet. Gynecol. 1981 : 57; 357-362.
- 7.- Fantl, J. A.: Urinary incontinence due to detrusor instability Clin. Obstet. Gynecol. 1984 ; 27-29.
- 8.- Fisher A. M., Gordon R.: The Gynecologist approach to the patient with urological symptoms. Clin. Obstet Gynecol. - 1981, 8: 191.
- 9.- Green, T. H., Jr: Development of a plan for the diagnosis - and treatment of urinary stress incontinence. Am. J. Obstet. Gynecol. 83: 632, 1962.

- 10.- Green, T. H., Jr: Urinary stress incontinence. In Meigs, J.V., and Sturgis, J.H.(Eds): Progress in Gynecology, - Vol. IV. New York, G. Grune and Stratton, Inc., 1963: 531-556.
- 11.- Green, T. H., Jr: The problems of urinary stress incontinence in the female: An appraisal of its current status. Obstet. Gynecol. Surv. 23: 603, 1968.
- 12.- Green, T. H., Jr: Operative management of urinary stress incontinence. In Cooper, P.(ed.). The craft of surgery. - Boston, Little, Brown and Co., 1971. Chap. 118.
- 13.- Green, T.H., Jr: Gynecology essentials of Clinical Practice. Ed. 2. Boston, Little, Brown and Co., 1971, Chap. 118.
- 14.- Green, T.H., Jr: Urinary stress incontinence: Differential diagnosis, pathophysiology and management, Am. J. Obstet. Gynecolgy., 122:368, 1975.
- 15.- Hodgkinson, C. P.: Relations hips of the female urethra and bladder in urinary stress incontinence. Am. J. Obstet. Gynecol. 65: 560, 1953.
- 16.- Hodgkinson; C.P.: Stress urinary incontinence. Am. J. Obstet Gynecol. 1970. 108; 1141, 1470.
- 17.- Hodgkinson, C.P.: Stress urinary incontinence: Diagnosis and treatment. Clin. Obstet. Gynecol. 1978; 21:649.
- 18.- Jarvis, J.C.: An Assesment of urodynamics examination in incontinent women. Br. J. Obstet. Gynecol. 1980; 87:893.

- 19.- Kador, N. Nelson j: Treatment of urinary incontinence - after radical hysterectomy. *Obstet and Gynecol.* 1984: 64:3 (401- 405).
- 20.- Mattingly, R.F.: Primary treatment of anatomic stress incontinence urinary. *Clin. Obstet. Gynecol.* 1984:27-2.
- 21.- Mattingly, R.F.: Stress urinary incontinence, urethra\_ le and cistocele. Mattingly R.F., Thompson J. ., eds. *Telinde's operative Gynecology UTM*, Philadelphia: J B L L\_ pincott, 1985.
- 22.- Parnell J. Marshall V.V.: Management of recurrent urinary stress incontinence by the Marshall Marchetti Krantz vesicourethropexia. *Am. J. Urology* 1984; 132: 912-915.
- 23.- Quigley G. Sking: Transvaginal retropubic urethropexia. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1981; 139:3 (268-273).
- 24.- Sahagún Q, Cherem : Incontinencia urinaria de esfuerzo. Técnica vaginal modificada por tunelización. *Ginecología y Ob\_ tetricia de México.* 1987; 55: 149-155.
- 25.- Schaeffer A.J.: Treatment of recurrent urinary incontinence *Clinics. Obstetrics. Gynecology* 1984; 27: 2, Jun.
- 26.- Stanton, S.L.: Surgery of urinary incontinence. *Clin. Obst. Gynecol.* 1978; 5:83.
- 27.- Stanton, S.L.; Cordazo L. D.: Results of the colposuspension operation for incontinence and prolapse. *Br. J. Obstet. Gy necol.* 1979; 86:693.