

11246
2ej.
(12)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA CORREGIDA CON
LA TECNICA DE GITTES.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA EL DOCTOR
JORGE ELOY SOLIS HERNANDEZ
PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE:
CIRUJANO UROLOGO


SUBDIRECCION GENERAL LIBROS
NOV. 30 1988
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

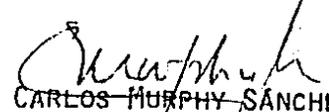
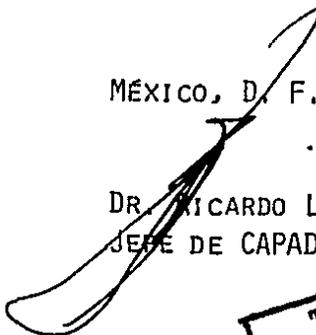
MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE 1988

DR. RICARDO LÓPEZ FRANCO
JEFE DE CAPEDESA

DR. CARLOS MURPHY SÁNCHEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

TESIS CON
FALLA LE ORDEZ





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.

R E S U M E N

PRESENTAMOS LA EXPERIENCIA OBTENIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS", EN DIEZ PACIENTES FEMENINAS CON LA TÉCNICA DE GITTES PARA CORREGIR LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

NUESTRO RESULTADOS FUERON EL 90% DE CURACIÓN, MUY SEJANTES A LOS REPORTADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL. LA INTERVENCIÓN SE LLEVA A CABO SUSPENDIENDO EL CUELLO VESICAL-BAJO VISIÓN ENDOSCÓPICA, FIJÁNDOLO A LOS MÚSCULOS RECTOS - DEL ABDOMEN, CON DOS SUTURAS MONOFILAMENTOS NO ABSORBIBLES, SIN TENER QUE PRACTICAR INCISIONES VAGINAL NI EN LA PIEL - DE LA PACIENTE.

CON ESTA OPERACIÓN LA MORBILIDAD FUE BAJA, EL TIEMPO-QUIRÚRGICO MENOR Y LA ESTANCIA HOSPITALARIA MÍNIMA.

S U M M A R Y

TEN FEMALE PATIENTS WERE TREATED WITH THE GITTES TECHNIQUE FOR URINARY STRESS INCONTINENCE. OUR 90% EXIT WERE-SIMILAR TO THAT INTERNATIONAL LITERATURE.

BLADDER NECK SUSPENTION UNDER ENDOSCOPIC CONTROL TO - THE RECTUS MUSCULAR FASCIA WITHOUT VAGINAL OR SKIN INCI---SION. NON ABSORBABLE SUTURES WERE USED.

SURGERY, MORBILITY AND HOSPITALIZATION WERE REDUCED - CONSIDERABLE.

INTRODUCCION

NINGÚN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO CONFORME HAN PASADO -- LOS AÑOS, HA PROBADO SER PERFECTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA MUJER (1).

LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO PUEDE SER UN. SÍN TOMA, UN HALLAZGO O UNA CONDICIÓN SOCIAL, LO CUAL OBLIGA A LA PACIENTE A BUSCAR AYUDA PARA SOLUCIONARLA.

ES CONVENIENTE DEFINIR LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO COMO LA PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA A TRAVÉS DE -- UNA URETRA INTACTA, LA CUAL SE DEBE A UN INCREMENTO DE LA PRESIÓN INTRA-ABDOMINAL Y CUYA MAGNITUD ES SUFICIENTE COMO -- PARA CAUSAR PROBLEMAS SOCIALES. ÉSTA INCONTINENCIA CASI -- SIEMPRE SE AGRAVA CUANDO LA PACIENTE SE ENCUENTRA PARADA Y -- POR CUALQUIER ACCIÓN QUE IMPLICA UN AUMENTO DE LA PRESIÓN -- INTRA-ABDOMINAL, NUNCA ES PROVOCADA POR UNA CONTRACCIÓN DEL DETRUSOR Y PUEDE SER DIAGNÓSTICADA MEDIANTE EXÁMEN FÍSICO.

LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER SON: LA INCONTINENCIA DE ESFUERZO, Y LA INESTABILIDAD DEL DETRUSOR. PARA GRADUAR LA PRIMERA QUE ES LA QUE -- NOS INTERESA SE HA USADO EL SIGUIENTE ESQUEMA:

GRADO I.- PÉRDIDA DE ORINA CON LOS INCREMENTOS DE LA PRESIÓN INTRA-ABDOMINAL, PERO EN LA CAMA -- DURANTE LA NOCHE, NO.

GRADO II.- ES LA INCONTINENCIA QUE EMPEORA AL MENOR -- GRADO DE ESFUERZO FÍSICO, COMO AL CAMINAR, O INCORPORARSE DE LA CAMA.

GRADO III.- ES LA INCONTINENCIA TOTAL Y LA ORINA ESCAPA SIN NINGUNA RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD-FÍSICA O CON LA POSTURA. PODEMOS CLASIFICAR LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO DE LA SIGUIENTE MANERA:

- 1.- INCONTINENCIA ANATÓMICA. LA CUAL COMPRENDE TODAS LAS CAUSAS EN LAS CUALES EL ESFÍNTER SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE LA SINFISIS PUBIANA, ES DECIR EN UNA MALA POSICIÓN ANATÓMICA.
- 2.- INCONTINENCIA POR DAÑO INTRÍNSECO. LA CUAL COMPRENDE TODAS LAS CAUSAS QUE DAÑAN AL ESFÍNTER CON O SIN DAÑO ANATÓMICO, COMO : LA RADIOTERAPIA, LA VEJIGA NEURÓGENA Y LAS CIRUGÍAS PREVIAS.

PARA TRATAR CORRECTAMENTE ESTA PATOLOGÍA ES NECESARIO UN CONOCIMIENTO ADECUADO DE LA ANATOMÍA DE LAS REGIONES IMPLICADAS, PRINCIPALMENTE DEL PERINÉ. LOGRANDO IDENTIFICAR LAS SIGUIENTES ESTRUCTURAS; MÚSCULOS ELEVADORES DEL AÑO,-FASCIA ENDOPÉLVICA Y FASCIA PUBOCERVICAL, CUYA IMPORTANCIA ES DECISIVA EN EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

SE CONOCE TRES TIPOS DE ABORDAJES QUIRÚRGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO; ABDOMINAL, VAGINAL Y COMBINADOS.

KELLY DESDE 1911 (9), USANDO LA COLPORRAFIA ANTERIOR-LOGRÓ TENER RESULTADOS ACEPTABLES, PERO FUERON TEMPORALES-PUES EN UN 50-80% DE SUS PACIENTES LA INCONTINENCIA CONTINUÓ O APARECIÓ EN LOS QUE HABIAN SIDO TRATADOS. EXISTEN MÚLTIPLES MODIFICACIONES DE ESTA TÉCNICA, PERO EN LA ACTUALIDAD EL CONCENSO GENERAL ES ABANDONARLA COMO TRATAMIENTO-ÚNICO.

MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ (13).- EN 1942 DESCRIBE LA SUSPENSIÓN VESICouretral SUPRAPÚBICA EFECTUANDOLA POR VEZ-PRIMERA EN UN HOMBRE, CON REPORTES DE CURACIÓN DE 85% Y -RECOMENDANDOLA CONCOMITANTE CON UNA HISTERECTOMÍA ABDOMI--NAL. AUNQUE RECIENTEMENTE SE HA OBSERVADO LA TENDENCIA A-OBSTRUIR Y FIJAR LA URETRA, OBSERVANDOSE QUE ESTA ÚLTIMA -SE CONTRAE DURANTE LAS MICCIONES.

BURCH EN 1961 (3).- DESCRIBE LA SUSPENSIÓN URETROVE-SICAL AL LIGAMENTO ILIOPECTINEO, ELEVANDO EL ÁNGULO URETRO VESICAL MEDIANTE LA FIJACIÓN DE LA FASCIA VAGINAL CERCANA-A LA URETRA, DEJANDOLA LIBRE Y CORRIENDO EL CISTOCELE, -CONVIRTIENDOSE EN LA ACTUALIDAD EN EL PROCEDIMIENTO DE PRI-MERA ELECCIÓN POR VÍA SUPRAPÚBICA DE ACUERDO A LOS PORCENT-AJES DE CURACIÓN DE 93%.

PEREYRA EN 1959 (17).- INTRODUCE EL CONCEPTO DE USAR HILO PARA SUSPENDER EL CUELLO VESICAL, ANUDANDOSE EN LA --FASCIA DE LOS RECTOS, RECORDANDO QUE EN SU PRIMER PROCEDI-MIENTO USÓ ALAMBRE, AYUDADO POR AGUJAS.

STAMEY EN 1973 (20).- MODIFICA EL PROCEDIMIENTO DE --PEREYRA AGREGANDO LA OBSERVACIÓN ENDOSCÓPICA, USANDO UNA -INCISIÓN EN "J" INVERTIDA Y DACRÓN.

RAZ EN 1981 (18).- MODIFICA EL ABORDAJE VAGINAL COLO-CANDO SUTURAS HELICOIDALES LLEGANDO HASTA EL ESPACIO DE RET-ZIUS TRANSVAGINAL.

GITTES EN 1987 (5).- APORTA EL USO DE LA TÉCNICA SIN USAR INCISIONES SUPRAPÚBICA O VAGINAL, CON RESULTADOS DE -80 - 87 %.

LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA DEBE COMPRENDER; HISTORIA CLÍNICA ENFOCADA, CISTOMETRÍA, CISTOSCOPIA, ELECTROMIOGRAFÍA, FLUJOMETRÍA Y ESTUDIOS NEUROLÓGICOS EN CASOS NECESARIOS.

LAS PREGUNTAS INICIALES DEBERÁN IR ENCAMINADOS A CARACTERIZAR EL GRADO Y LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA PÉRDIDA DE ORINA. EL SIGUIENTE GRUPO DE PREGUNTAS ESTÁ DESTINADO A CARACTERIZAR LA INCONTINENCIA CON URGENCIA CON EL FIN DE IDENTIFICAR LAS PACIENTES QUE PUEDAN SER CURADAS CON LA CIRUGÍA. AUNQUE LA URGENCIA INCONTINENCIA NO ES CONTRAINDICACIÓN PARA LA CIRUGÍA, TRADUCE UN TRASTORNO FISIOLÓGICO QUE PERMANECERÁ EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, DESAPARECIENDO ÚNICAMENTE EN 30% DE LAS PACIENTES TRATADAS QUIRÚRGICAMENTE, POR RAZONES AÚN NO MUY CLARAS.

MATERIAL Y METODOS

UN TOTAL DE 10 PACIENTES FEMENINAS FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA ANTI-INCONTINENCIA CON LA TÉCNICA DE GITTES ENTRE EL 10. DE MARZO-1988 A 15 DE NOVIEMBRE-1988. LA EDAD DE LAS PACIENTES VARIÓ DE 38 A 61 AÑOS CON UN PROMEDIO DE 45.5 AÑOS. LA PRINCIPAL INDICACIÓN PARA CIRUGÍA FUÉ; INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO GRADO II, DE LAS CUALES 6 NO HABIAN RECIBIDO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PREVIO, Y LAS 4 RESTANTES SÍ. TODAS RECIBIERON TRATAMIENTO CONSERVADOR PREVIAMENTE CON ANTICOLINÉRGICOS, SIMPATICOMIMÉTICOS Y RELAJANTES DEL DETRUSOR, SIN TENER ÉXITO. CADA UNA REQUERÍA PROTECCIÓN CON 2 Ó 3 TOALLAS DIARIAS O EN FORMA CONTINUA. SE REALIZÓ CISTOMETRÍA DE LLENADO CON AGUA OBSERVANDOSE UN VOLUMEN PROMEDIO DE 474.4 ML. POR PACIENTE, SIENDO LA DE MAYOR VOLUMEN DE 570 ML. Y LA DE MENOR DE 300 ML.. CON PRESIONES VESICALES PROMEDIO DE 24.2 CMS. DE AGUA, EN NIN-

GUNA LA ORINA RESIDUAL MEDIDA FUÉ SIGNIFICATIVA, AL IGUAL-
QUE NINGUNA PRESENTÓ CONTRACCIONES NO INHIBIDAS, POSTERIOR
MENTE SE REALIZÓ CISTOSCOPIA Y SE CORROBORÓ LA INCONTINEN-
CIA DE ESFUERZO CON UNA PRUEBA DE MARSHALL POSITIVA POR -
LO CUAL FUERON CONSIDERADAS COMO CANDIDATAS AL TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO POR SER CURABLES CON ÉSTE. DE LAS 4 PACIENTES-
CON INCONTINENCIA RECIDIVANTES, 3 HABIAN SIDO TRATADAS CON
UNA PLASTIA DE KELLY, Y OTRA CON UN PROCEDIMIENTO DE MARS-
HALL-MARCHETTI-KRANTZ. CUANDO MENOS 2 AÑOS ATRAS. 2 PER-
SISTIAN CON CISTOCELE MODERADO, Y UNA CON CISTOCELE GRADO-
I. EL TIEMPO PROMEDIO DE EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO FUÉ -
DE 4.3 AÑOS, CON UN PROMEDIO DE GESTAS DE 5.5, Y DE PARAS-
DE 4 CADA PACIENTE. COMO ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA PARA
EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO; 4 PACIENTES YA HABIAN SIDO-
TRATADAS PARA CURA DE LA INCONTINENCIA. UNA ERA PORTADORA
DE CA DE MAMA HABIENDOSELE PRACTICADO 3 AÑOS ANTES UNA MAS
TECTOMIA RADICAL, UNA HISTERECTOMIA TRANSABDOMINAL, Y PRO-
CEDIMIENTO DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ AL MISMO TIEMPO. -
OTRA HABIA TENIDO ÚNICAMENTE HISTERECTOMIA, UNA SAFENECTO-
MIA BILATERAL Y EL RESTO SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.-
TODAS LAS PACIENTES CONTARON CON: BIOMETRIA HEMATICA, QUI-
MICA SANGUINEA, PRUEBAS DE COAGULACIÓN NORMALES Y EXÁMEN -
GENERAL DE ORINA Y UROCULTIVOS NEGATIVOS PARA INFECCIÓN. -
RECIBIERON ESTRÓGENOS VIA VAGINAL EN CREMA CUANDO MENOS 10
DÍAS ANTES DE SU CIRUGIA.

TECNICA QUIRURGICA

PARA LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA USAMOS EN TODAS LAS
PACIENTES ANESTESIA REGIONAL, EN ESTE CASO BLOQUEO PERIDU-
RAL. SE COLOCA LA PACIENTE EN POSICIÓN DE LITOTOMIA, REA-
LIZANDO ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN REGIÓN SUPRAPÚBICA, MUSLOS
Y GENITALES CON ISODINE. SE COLOCAN CAMPOS ESTÉRILES, AIS

LANDO LA REGIÓN PERIANAL. SE SEPARAN LOS LABIOS MAYORES-
CON PUNTOS DE SEDA DOS CEROS. LA TÉCNICA QUE USAMOS FUÉ-
LA DESCRITA POR EL DR. GITTES (5), EN SEPTIEMBRE DE 1987.
SE COLOCA SONDA FOLEY No. 18 FR. LLENANDO EL GLOBO A 7CC.
Y VALVA DE PESO EN VAGINA. SE IDENTIFICA EL CUELLO VESI-
CAL AL PALPAR POR DELANTE DEL BALÓN DE LA SONDA. SE PRAC-
TICA UNA PEQUEÑA INCISIÓN SUPRAPÚBICA DE 2 CM, DE LARGO A
NIVEL DE LA LÍNEA DEL VELLO PÚBICO, 1 CM, A CADA LADO DE-
LA LÍNEA MEDIA. SE USA UNA AGUJA PERFORADA EN LA PUNTA -
LA CUAL SE PASA EN FORMA MUY CUIDADOSA A TRAVÉS DE LA GRA-
SA, FASCIA DEL RECTO, LLEGANDO POR DETRÁS DEL PUBIS CON -
UNA MANO PARA QUE CON LA OTRA HACER PRESIÓN EN LA PARED -
ANTERIOR DE LA VAGINA TRATANDO DE DISMINUIR EL ESPACIO --
POR PRESIÓN QUE DEBE ATRAVESAR LA AGUJA, A CADA LADO DEL
CUELLO VESICAL, LOGRANDO SACAR HILO MONOFILAMENTO PROLENE
DOS CEROS SUPRAPÚBICA DE CADA LADO, POSTERIORMENTE CON --
AGUJA TIPO MAYO DE MEDIO CÍRCULO QUE LLEVA EL OTRO EXTRE-
MO DEL HILO SE DÁN 3 LANCES QUE INCLUYA VAGINA Y FASCIA-
PUBOCERVICAL, LA AGUJA SE PASA NUEVAMENTE DE CADA LADO A-
1 CM., DE DONDE SE PASÓ INICIALMENTE, SALIENDO EXACTAMEN-
TE EN EL EXTREMO DEL ÚLTIMO LANCE, QUEDANDO UNA SUTURA HE-
LICOIDAL Y AL EXTRAER LA AGUJA QUEDAN LOS DOS EXTREMOS SU-
PRAPÚBICOS POR ARRIBA DE LA FASCIA DE LOS RECTOS, EL PRO-
CEDIMIENTO SE REPITE DEL LADO CONTRALATERAL. EL SEGUNDO-
EXTREMO DEL HILO MONOFILAMENTO SE PUEDE EXTRAER LATERAL O
MEDIALMENTE A 1 CM., DEL OTRO CABO, SE EXTRAE LA SONDA; -
CON CISTOSCOPIO Y LENTE DE 70° SE VERIFICA LA INTEGRIDAD-
DEL CUELLO VESICAL Y EL RESTO DE LA VEJIGA, UNA VEZ QUE -
SE CONFIRMÓ LA AUSENCIA DE LAS SUTURAS EN LA VEJIGA, SE -
SOLICITA AL AYUDANTE, ELEVE CADA HILO MONOFILAMENTO DE --
CADA LADO Y BAJO CISTOSCOPIA, FINALMENTE SE ANUDAN LAS-
SUTURAS QUE PUEDE HACERSE EN EL CENTRO, O A CADA LADO. -
SE RECOMIENDA HACERLO COMO SE DICE AL FINAL CON 4 Ó 5-
NUDOS SE SUTURA LA PIEL SUPRAPÚBICA REQUIRIENDO ÚNICAMEN

TE DOS PUNTOS, SE COLOCA LA SONDA FOLEY Y LA PACIENTE PASA A SU CUARTO, DESPUÉS DE RETIRAR EL CATÉTER PERIDURAL.

EN 3 PACIENTES QUE TENIAN CISTOCELE MODERADO, SE CORRIGIÓ AL PRACTICAR UNA COLPORRAFÍA ANTERIOR, SÓLO EN UN PACIENTE NO SE CORRIGIÓ POR CONSIDERARLO GRADO I.

R E S U L T A D O S

SE INTERVINIERON 10 PACIENTES BAJO LA TÉCNICA DE GITTES, ENTRE 38 Y 61 AÑOS DE EDAD, EL TIEMPO PROMEDIO DE HOSPITALIZACIÓN FUÉ DE 4 DÍAS, RECOMENDAMOS REPOSO ABSOLUTO DURANTE EL PRIMER DÍA, EL PROMEDIO EN EL TIEMPO QUIRÚRGICO FUÉ DE 48,8 MIN., INCLUYENDO LAS COLPORRAFÍAS ANTERIORES. DOS PACIENTES PRESENTARON ESPASMOS VESICALES, LOS CUALES CEDIERON ANTES DE SU EGRESO CON ANTICOLINÉRGICOS, NINGUNA PRESENTÓ RETENCIÓN URINARIA AL RETIRAR LA SONDA POR LO QUE TODAS EGRESARON SIN CATÉTER. DE LAS 10 PACIENTES TRATADAS, OBTUVIERON CURACIÓN DE LA INCONTINENCIA, PRESENTANDO DOS DE ELLAS URGENCIA MICCIONAL, LA CUAL CEDIÓ EN EL PRIMER Y SEGUNDO MES RESPECTIVAMENTE.

NINGUNA PRESENTÓ INFECCIÓN DE LA HERIDA, PROBLEMAS DE SANGRADO, OSTEITIS PUBIS, DISPAREUNIA O MIGRACIÓN DE LA SUTURA DENTRO DE LA VEJIGA O VAGINA. LA ORINA RESIDUAL SE MIDIÓ EN TODAS LAS PACIENTES EN EL POSOPERATORIO NO SIENDO SIGNIFICATIVA EN NINGUNA DE ELLAS. EN TODAS SE OBSERVÓ MIGRACIÓN DE LA SUTURA VAGINAL, PERMANECIENDO ELEVADO EL CUELLO VESICAL Y ASEGURANDO LA CONTINENCIA. SÓLO SE DEJÓ TAPONAMIENTO VAGINAL EN LA PACIENTE CON COLPORRAFIA, EL CUAL SE RETIRÓ AL SIGUIENTE DÍA DE LA CIRUGÍA. LA PACIENTE QUE FUÉ CONSIDERADA COMO FALLA TIENE COMO ANTECEDENTE; MASTEC-

TOMÍA RADICAL POR CÁ DE MAMA, HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y H-MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ, PREVIOS, AUNQUE LLEVA 4 MESES DE INTERVENIDA NO HEMOS OBTENIDO RESPUESTA SATISFACTORIA, HABRÁ QUE SEGUIRSE CUANDO MENOS UN AÑO DESPUÉS DE SU CIRUGÍA.

D I S C U S I O N

EN MANOS DEL DR. GITTES (6) LOS RESULTADOS DE CURACIÓN SON DE 87% DE ACUERDO AL REPORTE DE 38 PACIENTES INTERVENIDAS CON ESTA TÉCNICA. EN LA EXPERIENCIA TENIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, DEL ISSSTE, CON 10 PACIENTES, SE TIENEN RESULTADOS DE 90% DE CURACIÓN, AUNQUE EL TIEMPO DE SEGUIMIENTO ES DE 9 MESES, AÚN TEMPRANO PARA CONSIDERAR COMO FALLA EL CASO ANTES MENCIONADO. - CREEMOS QUE EN LA ACTUALIDAD LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO TIENE SUS CONDICIONES PARA ELEGIR EL TIPO DE TRATAMIENTO QUE MÁS CONVenga. ASÍ, PODEMOS RECOMENDAR LOS -- PROCEDIMIENTOS DE SUSPENSIÓN ÓPTICA DEL CUELLO VESICAL, - CUANDO LA PACIENTE TIENE CISTOCELE INCIPIENTE, SUSPENSIÓN ÓPTICA CON CUATRO HILOS MONOFILAMENTOS, CUANDO EL -- CISTOCELE ES MODERADO Y CURA DE CISTOCELE CON SUSPENSIÓN-ÓPTICA DEL CUELLO CUANDO EL CISTOCELE ES MUY IMPORTANTE. - EL PROCEDIMIENTO DE BURCH EN PRIMER TÉRMINO Y DESPUÉS EL-DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ (23), CUANDO AL MISMO TIEMPO SE REALIZA HISTERECTOMÍA U OTRO PROCEDIMIENTO TRANSABDOMINAL. TAMBIÉN CREEMOS QUE CUALQUIER PROLAPSO VAGINAL YA - SEA; CISTOCELE, RECTOCELE O ENTEROCELE, DEBERÁN SER TRATADOS AL MISMO TIEMPO QUE SE INTENTE CURAR LA INCONTINENCIA URINARIA. ES BIEN SABIDO QUE DESPUÉS DE UN PROCEDIMIENTO DE BURCH 17% DE LAS PACIENTES DESARROLLAN ENTEROCELES QUE PERMANECÍA OCULTO, GRACIAS AL CISTOCELE Y/O RECTO

CELE. SE RECOMIENDA QUE CUANDO ESTÁ PRESENTE EL ENTEROCÉLE PARA PACIENTES SEXUALMENTE INACTIVAS SE PRACTIQUE COLPOCLISIS Y PARA PACIENTES SEXUALMENTE ACTIVAS SE PRACTIQUE FIJACIÓN SACROESPINAL O FIJACIÓN DE SACROUTERINOS, POR LO TANTO EL PRINCIPIO PARA DECIDIR EL TIPO DE CIRUGÍA ANTI-INCONTINENCIA ES EL GRADO DE ANORMALIDAD DE LA PARED ANTERIOR DE LA VAGINA. CON LA FINALIDAD EN TODOS LOS CASOS DE ELEVAR EL CUELLO VESICAL A UNA POSICIÓN RETROPÚBICA Y AL MISMO TIEMPO QUE SE OCASIONA ALARGAMIENTO DE LA URETRA, SABRIENDO QUE LA MEJOR CIRUGÍA EN INCONTINENCIA ES LA PRIMER CIRUGÍA.

PARA LA INCONTINENCIA CON DAÑO INTRÍNSECO DEL ESFÍNTER, SE RECOMIENDA; INYECCIÓN DE TEFLÓN, COLÁGENO, MICROESFERAS O UN ESFÍNTER ARTIFICIAL. CONSIDERAMOS QUE LAS FALLAS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO PUEDEN DEBERSE A: UNA SELECCIÓN INADECUADA DE LA PACIENTE, DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA, UNA VALORACIÓN URODINÁMICA INADECUADA, AL ENTRENAMIENTO DEL CIRUJANO EN CIRUGÍA VAGINAL Y EN PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICOS, UROLÓGICOS, Y AL USO DE MATERIAL QUIRÚRGICO EMPLEADO.

LA SELECCIÓN (19) ADECUADA DE LA PACIENTE DEBE COMPRENDER; EDAD, PESO, HISTORIA CLÍNICA DEL PADECIMIENTO QUE INCLUYA ANTECEDENTES DE RELEVANCIA PARA EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO Y CIRUGIAS PREVIAS. LA SELECCIÓN DE LA TÉCNICA YA FUÉ COMENTADA. (15) LA VALORACIÓN URODINÁMICA ES INDISPENSABLE PUES TIENE LA UTILIDAD DE PODERNOS ORIENTAR EN CASOS DE VEJIGA INESTABLE, MEDIANTE LA OBSERVACIÓN DE CONTRACCIONES NO INHIBIDAS DURANTE LA CISTOMETRÍA Y SALIDA DE AGUA ALREDEDOR DE LA SONDA, DURANTE LAS CONTRACCIONES. PARA PODER CATALOGAR UNA VEJIGA COMO INESTABLE DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, ES NECESARIO

QUE OCURRA UN CAMBIO DE PRESIÓN EN ÉSTA DURANTE LA FASE - DE LLENADO POR ARRIBA DE 15 CMS. DE AGUA, LO CUAL TRADUCE UN TRASTORNO NEUROLÓGICO. RECIENTEMENTE (2) EXISTEN CONTROVERSIAS EN CUANTO A ESTA DEFINICIÓN PUES 15% DE LAS MUJERES EN GENERAL PUEDEN TENER INESTABILIDAD SIN NINGÓN -- SÍNTOMA. ESTOS PUEDEN OCURRIR CON CAMBIOS DE PRESIÓN DE 5 A 8 CMS. DE AGUA CON SINTOMATOLOGÍA, Y UNA ENFERMA CON AUMENTO DE LA FRECUENCIA, INCONTINENCIA, URGENCIA-INCONTINENCIA, CON CISTOMETRÍA NORMAL PUEDE SER CONSIDERADA COMO PORTADORA DE UNA VEJIGA INESTABLE, ES POR ÉSTO QUE MUCHOS AUTORES ACEPTAN LA DEFINICIÓN DE (14) "ES UNA VEJIGA QUE SE CONTRAE SIN EL PERMISO DEL PATRÓN VESICAL", Y ACEPTAN DOS TIPOS DE VEJIGA INESTABLE: LA FALTA DE DISTENSIBILIDAD VESICAL, QUE DEPENDE DIRECTAMENTE DEL VOLUMEN Y LAS CONTRACCIONES NO INHIBIDAS QUE SON FÁSICAS, Y NO DEPENDEN DEL VOLUMEN. EL FACTOR MÁS IMPORTANTE QUE DECIDE LAS PRESIONES VESICALES ES LA URETRA. CON RESPECTO AL ENTRENAMIENTO DEL CIRUJANO DEBE SER COMPLETO PARA PODER IDENTIFICAR LOS ELEMENTOS ANATÓMICOS RELACIONADOS CON LA REGIÓN, DURANTE LA CIRUGÍA VAGINAL Y EL USO ADECUADO DEL MATERIAL UROLÓGICO ENDOSCÓPICO PARA CORROBORAR LA INTEGRIDAD VESICAL, LA PRESENCIA DE HILOS INTRAVESICALES, LOS CUALES POR SU COLOR O ESPESOR ES DIFÍCIL APRECIARLOS DURANTE LAS CISTOSCOPIA, DEBIDO A ÉSTO NOSOTROS PREFERIMOS PRACTICAR LA MANIOBRA DE PEREYRA QUE CONSISTE EN PRACTICAR LA CISTOSCOPIA DURANTE EL MOMENTO EN QUE ESTÁN PUESTAS AMBAS AGUJAS, QUE SON MÁS FÁCILES DE APRECIAR EN CASO DE PERFORACIÓN VESICAL.

EN RESÚMEN CREEMOS QUE LOS RESULTADOS CON ESTA TÉCNICA SON SATISFATORIOS, QUE ESTÁN DE ACUERDO CON LOS REPORTADOS EN LA LITERATURA Y QUE PUEDEN SER APLICADOS CON TODA SEGURIDAD EN BENEFICIO DE LAS PACIENTES. COMO DESVENTAJAS DEL PROCEDIMIENTO, NOSOTROS APRECIAMOS QUE A DIFERENCIA DE LA TÉCNICA DE PEREYRA EN LA QUE SE LLEGA HASTA-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

EL ESPACIO DE RETZIUS DIGITALMENTE AL PERFORAR LA FASCIA-
ENDOPÉLVICA, ES MÁS FÁCIL PALPAR LA AGUJA Y GUIARLA HASTA
LA VAGINA, EN ESTE PROCEDIMIENTO ES MÁS LARGA LA DISTAN--
CIA QUE DEBE RECORRER LA AGUJA SIN TENER UNA GUÍA PARA --
LLEGAR A LA VAGINA CON MAYOR RIESGO DE PERFORAR LA VEJIGA,
LO CUAL EXIGE UN MAYOR ENTRENAMIENTO PRIMERO EN LA TÉCNI--
CA DE PEREYRA (22) Y EN ENDOSCOPIA UROLÓGICA. Y POR ÚLTI
MO NO DEBERÁ SER APLICADA EN PACIENTES CON CITOCÉLES MODE
RADOS O SEVEROS, A MENOS QUE SE ACOMPAÑE DE UNA REPARA---
CIÓN DEL MUSLO.

COMO VENTAJAS TENEMOS:

QUE PUEDE HACERSE SIN INCISIONES, O CON UNA SUPRAPÚ
BICA MUY PEQUEÑA, PUEDE LLEVARSE A CABO CON ANESTESIA LO
CAL, INFILTRANDO EL ESPACIO DE RETZIUS.

NO HAY DISECCIÓN VAGINAL Y POR LO TANTO NO HAY RIES-
GO DE PERFORACIÓN VESICAL CON EL DEDO.

TIENE MENOR MORBILIDAD PUES EL TIEMPO QUIRÚRGICO Y -
DE ESTANCIA HOSPITALARIA ES MENOR.

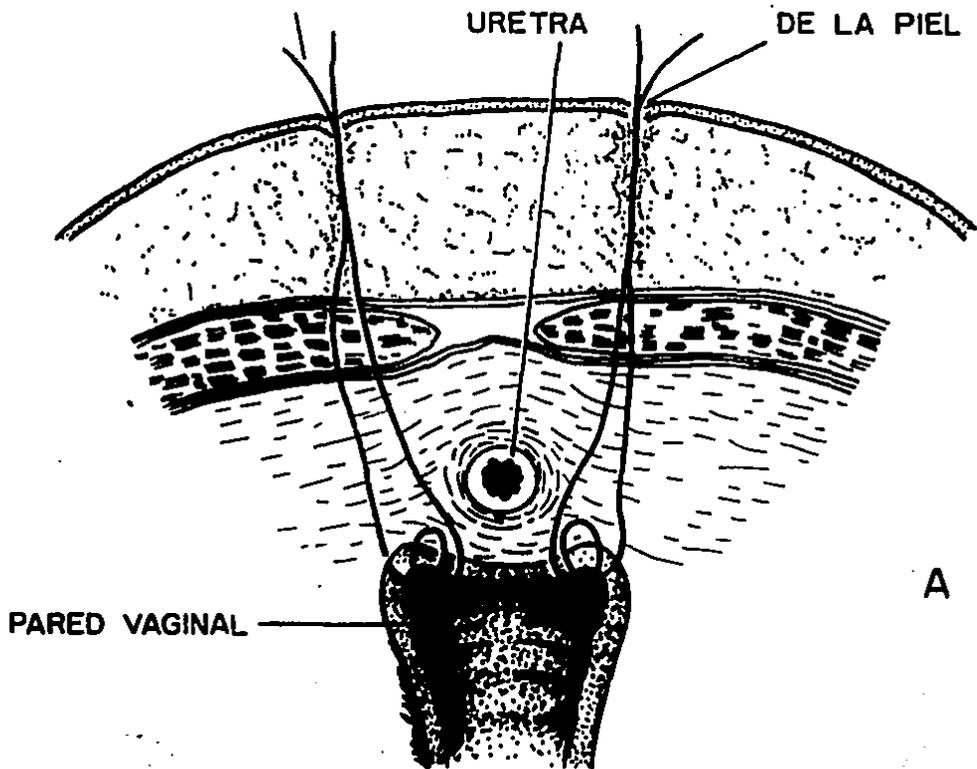
PUEDE APLICARSE A PACIENTES QUE HAN TENIDO FALLA A -
OTRO TIPO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. Y EN PACIENTES IN--
CONTINENTES SIN PROLAPSO VAGINAL. AUMENTA EL ARMAMENTA--
RIO QUIRÚRGICO EN EL TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA URINA--
RIA DE ESFUERZO DEL URÓLOGO EN PACIENTES CON INTROITO ES-
TRECHO.

FIGURA 1 .- SE PUEDE APRECIAR LA POSICIÓN TRANSVAGINAL
DE LAS SUTURAS MONOFILAMENTO A CADA LADO -
DEL CUELLO VESICAL, ANTES DE SUSPENDERLO.

SUTURA
MONOFILAMENTO

URETRA

PERFORACION
DE LA PIEL



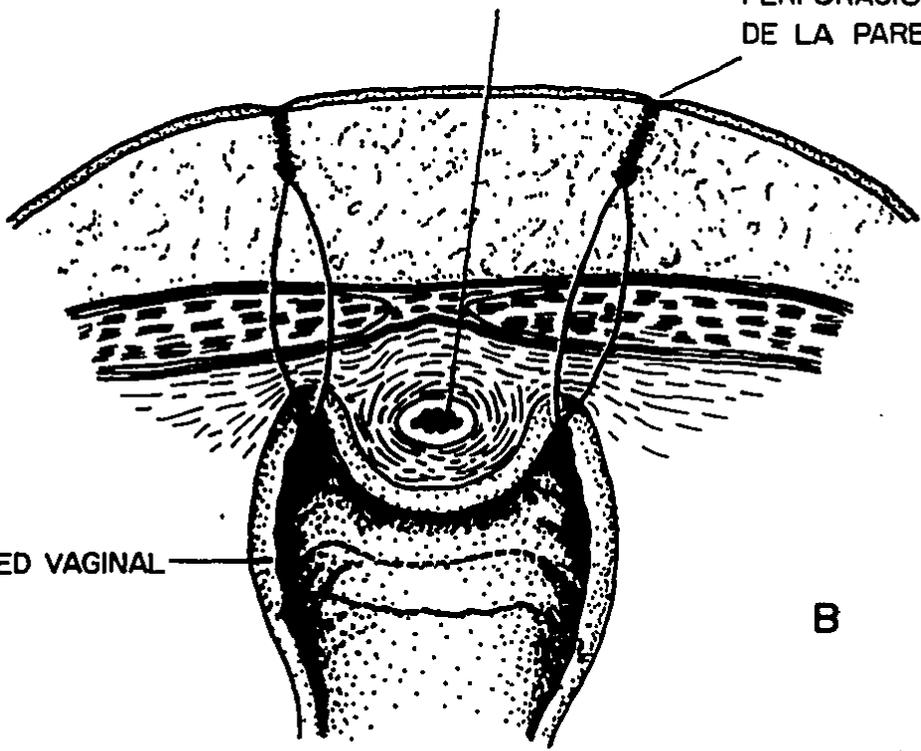
A

FIGURA 2 .- UNA VEZ ANUDADAS LAS SUTURAS EN EL ESPESOR DE LA GRASA SUPRAPÚBICA POR ARRIBA DE LA - FASCIA DE LOS RECTOS ANTERIORES DEL ABDO-- MEN, EL CUELLO QUEDA SUSPENDIDO, NÓTESE - QUE NO HAY INCISIONES, SÓLO PERFORACIONES- VAGINALES Y DE LA PIEL.

URETRA

PERFORACION
DE LA PARED

PARED VAGINAL



B

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

- 1 ALLEN, T.D.; THE SURGICAL MANAGEMENT OF TOTAL URINARY INCONTINENCE IN THE FEMALE PATIENTS. J. OF UROL. 138: 521, 1987.
- 2 BLAIVAS JG (1982) THE NEUROPHYSIOLOGY OF MICTURITION: A CLINICAL STUDY OF 550 PATIENTS. JOURNAL OF UROL. - 127: 958.
- 3 BURCH, J.C.; COOPER'S LIGAMENT URETROVESICAL SUSPENSION FOR STRESS INCONTINENCE. AM. J. OBSTET. GYNECOL. 100: 764, 1968.
- 4 BURCH, J.C.; URETRHOVAGINAL FIX. TO COOPER'S LIGAMENT FOR CORRECTION OF STRESS INCONTINENCE, CYSTOCELE AND-PROLAPSO AM. J. OBSTET. GYNECOL. 81: 281, 1961.
- 5 GITTES R.F., AND LOUGHLIN K.R.: NO INCISION PUBOVAGINAL SUSPENSION FOR STRESS INCONTINENCE. J. UROL., -- 568: 138, 1987.
- 6 GITTES R.F., AND FORMAN R.: TRANS-CUTANEOS INCORPORATION OF NON ABSORBABLE MONOFILAMENT SUTURES; EXPERI--MENTAL OBSERVATIONS. PLAST. RECONSTR. SURG., SUBMITTED FOR PUBLICATION.
- 7 GREEN T.H. JR.: URINARY STRESS INCONTINENCE; DIFFERENTIAL DIAGNOSIS PATHOFISIOLOGY, AND MANAGEMENT. AM. J OBSTET. AND GYNECOL. 83: 5, 632-48, 1962.
- 8 KELLY HA (1913) INCONTINENCE OF URINE IN WOMEN. UROLOGIC AND CUTANEOUS REVIEWS 17: 291-293.

- 9 KELLY, H.A., AND DUMM, W.M.: URINARY INCONTINENCE IN WOMEN, WITHOUT MANIFEST INJURY TO THE BLADDER. SURG. GYNECOL. OBSTET. 18: 444-450, 1914.
- 10 LEACH, G.E. AND RAZ S.: MODIFIED PEREYRA BLADDER NECK SUSPENSION AFTER PREVIOUSLY FAILED ANTI-INCONTINENCE-SURGERY. SURGICAL TECHNIQUE AND RESULTS WITH LONG -- TERM FOLLOW-UP. UROLOGY 23: 359, 1984.
- 11 LEACH, G.E., YIP, C.M. AND DONOVAN, B.: MECHANISM OF-CONTINENCE AFTER MODIFIED PEREYRA BLADDER NECK SUSPEN- SION; PROSPECTIVE URODYNAMIC STUDY. UROLOGY, 26: -- 328, 1987.
- 12 LEACH G.E., BONE FIXATION TECHNIQUE FOR TREATMENT FOR TRANSVAGINAL NEEDLE SUSPENSION, UROLOGY 31, 388 (1988)
- 13 MARSHALL, V.F., MARCHETTI, A.A., AND KRANTZ, K.E.: THE CORRECTION OF STRESS INCONTINENCE BY SIMPLE VESICOUR- THRAL SUSPENSION. SURG. GYNECOL. OBSTET. 88: 509-518, 1949.
- 14 MC. GUIRE E.J.: DETRUSOR-SPHINTER DYSSYNERGIA. J. UROL 121: 774, 1979.
- 15 MC. GUIRE E.J. (1984) NONSURGICAL TREATMENT. IN MC. -- GUIRE E.J. (ED) CLINICAL EVALUATION AND TREATMENT OF - NEUROGENIC VESICAL DYSFUNCTION. BALTIMORE, MD; WILLI- AMS AND WILKINS.
- 16 MC. GUIRE E.J.: EXPERIENCE WITH PUBOVAGINAL SLINGS -- FOR URINARY INCONTINENCE AT THE UNIVERSITY OF MICHIGAN J. OF UROL. 138: 525, 1987.

- 17 PEREYRA A.J.: A COMPARISON SIMPLIFIED SURGICAL PROCEDURE FOR THE CORRECTION OF STRESS URINARY INCONTINENCE IN WOMEN, WEST. J. SURG. 67: 223 (1959).
- 18 RAZ S. (1981) MODIFIED BLADDER NECK SUSPENSION FOR FEMALE STRESS INCONTINENCE. UROLOGY 18: 82.
- 19 SPENCER J.R., O'CONNOR V.J., AND SHAEFFER A.J.: A COMPARISON OF ENDOSCOPIC SUSPENSION OF THE VESICAL NECK WITH SUPRAPUBIC VESICourethroPEXY FOR TREATMENT OF STRESS INCONTINENCE. J. UROL., 411: 137, 1987.
- 20 STAMEY T.A.: ENDOSCOPIC SUSPENSION OF THE VESICAL NECK FOR URINARY INCONTINENCE SURG. GYNECOL. OBSTET. -- 136: 547-54 1973.
- 21 STAMEY T.A.: ENDOSCOPIC SUSPENSION OF THE VESICAL NECK FOR URINARY INCONTINENCE IN FEMALES: REPORT OF 203 CONSECUTIVE PATIENTS. ANN. SURG. 192: 465, 1980.
- 22 STAMEY T.A. CLINICAL AND ROENTGENOGRAFIC EVALUATION OF ENDOSCOPIC SUSPENSION OF THE VESICAL NECK FOR URINARY INCONTINENCE. SURG. GYNECOL. OBSTET. 140: 355-60, 1975.
- 23 ZIMERN, P.E., HADLEY, H.R., LEACH, G.E., AND RAZ, S.: FEMALE URETHRAL OBSTRUCTION AFTER MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ OPERATION. J. OF UROL. 137: 411, 1987.