



ccapade. ipadesi ccapade. :si ccapadesi ccapadesi ccapadesi

11217

22y

hospital regional
" lic. adolfo lópez mateos "

Fecha de entrega: 30 XI 1988

TRABAJO DE INVESTIGACION

Nombre del autor: ACOSTA ORROSTIETA ROMANA

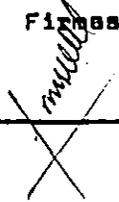
Servicio: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Título del Trabajo: INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: ESTUDIOS URODINAMICOS. CISTOENDOSCOPIA PRE, TRANS Y POSTQUIRURGICA. SELECCION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LA CURA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ANATOMICA

Evaluated y acreditado por:

Firmas

DR. DRUSSO VERA GASPAR
Asesor del Trabajo



DR. GABRIEL VERDUZCO PARDO
Vocal Titular ó Suplente
de Investigación del Servicio



DR. NICOLAS CASANOVA ALVAREZ
Profesor Titular de la Especialidad



DR. ALFREDO SANCHEZ OVIEDO
Jefe de Investigación del Hospital

**TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

RESUMEN

Se expone el criterio para el estudio y para la selección de la cirugía en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo anatómica, así como de tres o más meses de seguimiento.

El resultado ha sido bueno en 22 (73.3%).

Se operaron 30 casos, 23 (76.6%) se realizó técnica de suspensión endoscópica del cuello vesical (Pereyra modificada por Raz y Gittes; 5 (16.6%) con técnica de cistouretropexia retropública por vía abdominal por existencia de patología ginecológica que requirió laparotomía y por vía vaginal (Kelly-Kennedy) 2 (6.6%).

La morbilidad global fué del 10% por lesión vesical.

Las técnicas de suspensión endoscópicas del cuello vesical son mejores para restaurar la continencia.

SUMMARY

The criterio for the study and selection of surgery for the correction of anatomical stress incontinence, is explained; 30 patients have been followed up during tree months or more, and the result has been good in 22 (73.3%).

30 cases were operated upo, by endoscopic bladder neck suspension (Modified Pereyra and Gittes procedure), 23 cases (76.6%) by abdominal retropubic cystourethropexy 5 cases (16.6%) with - Marshall-Marchetti-Krantz or Burch's technique if there was gynecologic conditions requirin laparotomy. Two cases by retropubic urethropexy via vaginal with Kelly-Kennedy's technique (6.6%).

Total morbidity was 10% by vescial injury.

Endoscopic bladder suspension techniques are improve for continence is restored.

I N T R O D U C C I O N

El término de incontinencia urinaria de esfuerzo fué empleado por primera vez por Sir Eardley Holland en 1864. El reconocimiento formal de mayor influencia en relación a la integración de la uroginecología femenina se debe al Dr. Howard A. Kelly que junto con Hunner, Everett y Telinde organizan el departamento de urología y ginecología femenina en el Johns Hopkins hospital en 1889. La uroginecología se ocupa de los trastornos anatómicos y funcionales de las vías urinarias bajas en interacción con los genitales femeninos. En esta era de subespecialidades la urología femenina está creciendo en importancia gracias a los esfuerzos de un grupo de anatómicos, ingenieros, neurólogos, ginecólogos y urólogos interesados en éste campo. La nueva tecnología ha permitido la exploración del músculo de Detrusor, que junto con la medición de las presiones vesicales, intrauretrales y tisulares han permitido diferenciar la incontinencia urinaria por alteraciones anatómicas de la inestabilidad del Detrusor, por ejemplo. Esto es tan importante ya que la única susceptible de corregirse quirúrgicamente es la incontinencia urinaria de esfuerzo genuina, verdadera o anatómica. (9,10,13)

CONSIDERACIONES BASICAS

En la mujer no puede reconocerse anatómicamente un esfínter muscular liso ni en cuello ni en uretra proximal, ya que la disposición de las fibras musculares son en dirección longitudinal y oblicuas y no circular, por lo tanto; el mecanismo de esfínter está dado primordialmente por la gran cantidad de fibras elásticas y colágenas que producen oclusión pasiva del cuello y uretra proximal. La competencia de éste mecanismo de esfínter está dado primordialmente a la actividad del músculo Detrusor, puesto que el cuello se abre al contraerse dicho músculo, por consiguiente, en una vejiga inestable, aún en contracción mínima causará alguna disminución en la competencia del esfínter proximal y la competencia dependerá de la uretra distal. El siguiente mecanismo está es

trechamente relacionado con la musculatura estriada propia de la uretra o rabdoesfínter y la musculatura estriada periuretral (elevador del ano). El rabdoesfínter cuya localización corresponde a la zona donde -- normalmente se registra la presión máxima de cierre uretral; histológicamente está constituido de fibras musculares especializadas tipo I o de contracción lenta, en un 95%, de tal manera, que a diferencia del - músculo esquelético voluntario tipo II o de contracción rápida pueden mantener un tono elevado por tiempos relativamente prolongados sin pre sentar fatiga. El rabdoesfínter produce la oclusión uretral en reposo. Las fibras musculares periuretrales (elevador del ano) son tipo II. Su función es proporcionar una fuerza oclusora adicional a la pared de la uretra, sobre todo los acontecimientos que se acompañan de aumento de la presión intraabdominal. Durante el llenado de la vejiga con ritmo - fisiológico hay poco o ningún aumento de la presión intravesical, ya - que la pared vesical se acomoda al aumento de volumen incrementando su propia tensión. La uretra proximal es una estructura elástica cuyo re- vestimiento mucoso normalmente está unido mientras no pasa orina, para conservar un cierre hermético. La presión intrauretral sigue siendo ma yor que la vesical de manera que persiste la continencia. El cuello ve sical y la uretra proximal constituye el mecanismo esfinteriano que si gue cerrado continuamente, excepto en el momento de la micción. Además durante el llenado de la vejiga hay un incremento gradual de la activi dad electromiográfica de los músculos estriados de la uretra y del sue lo perineal. La presión uretral cae y hay aumento simultáneo de presi- ón del Detrusor que anuncia su contracción. Vejiga y uretra se transfor man en una sólo unidad isobárica cuando empieza el flujo, la interrup- ción voluntaria de éste se logra por contracción del músculo estriado.

NAUROFISIOLOGIA DE LA MICCIÓN

La micción se logra por activación del "reflejo de la micción" volun

tario que se presenta cuando la distensión vesical aumenta, las fibras sensoriales propioceptivas del músculo Detrusor envían impulsos hacia la médula espinal, que pasan a lo largo de los cordones medulares posteriores hacia el tronco cerebral y después hacia el lóbulo central de la corteza cerebral (vía troncocerebral o circuito I). La percepción cortical de la necesidad miccional estimula impulsos que pasan a través de la vía corticosacra (circuito IV) y produce la relajación voluntaria de la musculatura estriada que rodea a la uretra (diafragma pélvico) con un descenso resultante de la presión intrauretral máxima. Con la fijación voluntaria del diafragma, la contracción de los músculos abdominales y un incremento en la presión intraabdominal, la presión se extiende hacia la base de la vejiga, así causando estimulación de las fibras sensitivas aferentes que van al núcleo de Detrusor (circuito III). El impulso de éstas fibras, estimulan las fibras parasimpáticas del plexo nervioso pélvico (S-2,s-3 y S-4) que produce un reflejo de inhibición de las fibras postganglionares simpáticas de la uretra y concluyen en la relajación y la disposición fusiforme de la uretra posterior. La estimulación parasimpática del músculo Detrusor de la vejiga inicia la contracción vesical. Por ello tanto los nervios parasimpáticos (S-2,S-3 y S-4) que se tratan de fibras preganglionares largas cuyos ganglios se encuentran a lo largo de la cadena simpática están implicadas activamente en el proceso de la micción. Las fibras simpáticas estimulan a los músculos lisos a lo largo de la uretra, que actúan como un esfínter interno involuntario y produce la constricción muscular y un incremento en la presión intrauretral. Estas fibras alfa-adrenérgicas se concentran fundamentalmente en la uretra, sólo unas cuantas fibras se encuentran en la base de la vejiga. Por el contrario las fibras simpáticas beta producen relajación de la uretra y del detrusor y se concentran básicamente en éste músculo. (1,2,9)

FISIOPATOLOGIA

La incontinencia urinaria de esfuerzo genuina es un trastorno en el cual se produce descenso anormal de la uretra proximal cuando aumenta la presión intraabdominal, como ocurre al toser o realizar un esfuerzo. Como la uretra proximal desciende la presión abdominal no se transmite por igual a la vejiga y a la uretra. La presión intravesical resulta mayor que la intrauretral y se produce escape de orina. Cabe señalar que la presión intrauretral en reposo es relativamente normal. El grado de escape involuntario de orina puede variar según la gravedad, desde unas cuantas gotas hasta un flujo continuo y sin control de orina.

CLASIFICACION DE LA INCONTINECIA URINARIA

Incontinencia urinaria de esfuerzo genuina, anatómica o verdadera (80%)

Inestabilidad del Detrusor (10%)

Incontinencia por rebosamiento

Inestabilidad uretral

Según la clasificación fisiopatológica de Wein (1981). La IUE originada se presenta por una alteración de la fase de llenado/almacenamiento originada a la salida y se presenta cuando uno o varios de los siguientes factores fallan. Así tenemos que la incontinencia urinaria puede depender de: I.- Un mecanismo de cierre incompetente uretral. II.- Un mecanismo de continencia desplazado y deformado desde el punto de vista anatómico, pero intrínsecamente intacto. Una combinación de ambos. (1,7,9).

Un método sencillo y práctico para clasificar la incontinencia urinaria de esfuerzo según la gravedad es de Ingelman-Sunderg (1972).

GRADO I- Emisión de orina al toser, reír, estornudar.

GRADO II- Emisión de orina al caminar, subir escaleras, etc.

GRADO III- Emisión de orina estando en pie, pero no en decúbito.

La clasificación de Green (1970) se basa en la determinación del ángulo de inclinación de la uretra proximal y la base de la vejiga con la vertical en el cistouretrograma de perfil, con la técnica de cuentas de cadena y se divide en:

TIPO I- ángulo de inclinación de 30° - 40° . Normal 10° - 30°

TIPO II- ángulo de inclinación por encima de 50° .

Esta clasificación proporciona datos sobre la importancia y tipo de lesión del aparato de sostén y no tanto sobre la presencia y tipo de gravedad de la incontinencia urinaria. (1,7,9,14 y 15)

METODOS DIAGNOSTICOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

El examen general de orina y urocultivo, uretroscopia, cistoscopia, -pielografía intravenosa y cistometría, son básicos en pacientes que son incontinentes. Los exámenes de orina son básicos para demostrar la presencia o ausencia de bacterias que nos hable de una infección urinaria. La uretroscopía nos muestra la calibración y longitud de la uretra, así como la coaptación de la mucosa y cierre de "esfínter" de la misma. La cistoscopia nos puede revelar la presencia de alguna infección aguda o crónica con la inspección de la mucosa vesical, así como la presencia de ulceraciones o fístulas. La cistometría permite la medición de las presiones vesicales al ir llenando lentamente la vejiga con agua, así como de la existencia de contracciones no inhibidas que nos sugieran alguna alteración del tipo de disinergia del Detrusor. (3.6.17,32)

¿COMO Y PORQUE FUNCIONA LAS OPERACIONES?

El mecanismo de curación de las diversas operaciones se han estudiado utilizando una combinación de transductores gemelos de presión uretral, microtip, cistometría o videocistouretrografía y estudios de cadena lateral.

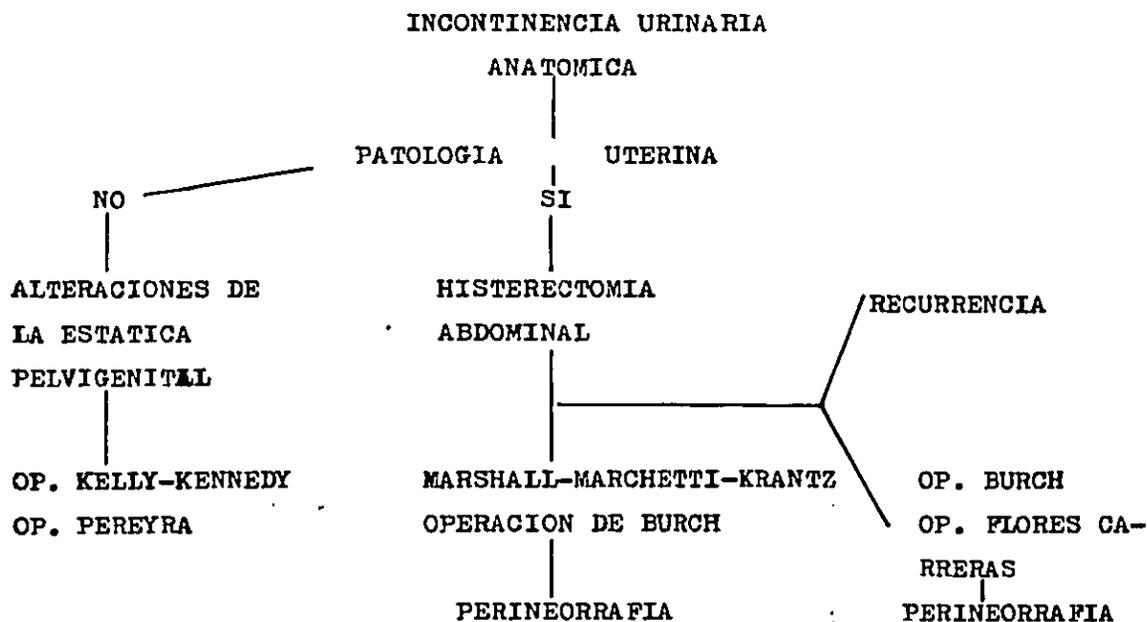
LA REPARACION ANTERIOR. Se admite que trabaja sosteniendo la uretra y el cuello vesical (Green 1965) elevando el cuello vesical de preferencia arriba del nivel más bajo de la vejiga (Hodgkinson 1970). Los estudios de Staton y Cardozo 1979, confirmaron que el aumento de resistencia al flujo de salida no es un factor importante para lograr la continencia. Comprobando que la continencia uretral estaba disminuída en pacientes con defectos de suspensión vesical posterior, indicados por un aumento del ritmo máximo de flujo urinario después de la cirugía. (11,18,28,31)

LA TECNICA DE MARHALL-MARCHETTI-KRANTZ. Trabaja elevando el cuello de la vejiga y restableciendo a la normalidad la anatomía uretrotrigonal desplazando el cuello vesical y el trigono por detrás de la sínfisis para crear un efecto de válvula a nivel del cuello de la vejiga. Siempre que exista una presión de cierre uretral positiva, una uretra corta "per se" no producirá incontinencia; por tanto no cabe pensar que un aumento de la longitud uretral funcional tenga importancia para brindar continencia. De hecho hay diversos cambios señalados de la longitud de la uretra por diversos autores después de la operación, que en parte son el reflejo de la imprecisión de los métodos de medición. Henriksson y Ulmsb 1978, comprobaron que la longitud uretral funcional no se modificaba, no había cambio en la presión intrauretral o intravesical en reposo y que se obtenía una presión de cierre uretral positiva, exponiendo la uretra proximal al mismo incremento de presión intraabdominal que la vejiga. (28,31)

LA COLFOSUSPENSION DE BURCH. Aumenta la resistencia a la salida de la orina como lo demuestra la presión máxima de vaciamiento y la intensidad máxima de flujo a la salida después de la cirugía (Staton y Cardozo 1979). Además también se produce elevación del cuello vesical al me

mejorar la transmisión de la presión abdominal y la compresión contra la superficie posterosuperior de la sínfisis del pubis. (11,17,24,25)

LA TECNICA DE SUSPENSION ENDOSCOPICA DEI CUELLO VESICAL CON AGUJA TRANS VAGINAL (PEREYRA MODIFICADO POR RAZ, STAMEY, GITTES). El fin que persigue es fijar el cuello y la uretra en posición retropúbica fija, con la conveniencia que la elevación de la misma se realiza con control cistoscópico, observándose directamente el cierre uretrovesical al elevar adecuadamente el cuello vesical, además de permitir la inspección de la vejiga y uretra en búsqueda de lesiones uretrales, vesicales o en uréteres. (20,15,25)



MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en el servicio de Ginecología en coordinación con el servicio de Urología del "Hospital Regional Lic. Adolfo López - Mateos" ISSSTE de Mex. D. F. En el módulo de Trastornos de la Estática pélvica. Comprendiendo el periodo de marzo de 1987 a octubre de 1988. - Después de contar con el consentimiento de las pacientes, se incluyeron 30 pacientes, cuyo síntoma principal era la emisión de orina unida a esfuerzo, catalogándose como casos de incontinencia urinaria anatómica a pacientes con urocultivos negativos, alteración del ángulo uretrovesical, uretrocele, prueba de Ridley o Q-tip positiva, prueba de Marshall positiva a 250cc promedio de llenado vesical y en donde se apreciaba al esfuerzo el descenso del cuello vesical, así como pérdida de orina a gotas o chorro. Se realizó cistoscopia pre, trans y postoperatoria y en casos de que hubiera datos de infección aguda (hiperemia, puntillado hemorrágico de mucosa vesical) se indicaba tratamiento específico hasta obtener dos urocultivos negativos para incluir en protocolo. - Se realizaron curvas cistométricas en todas las pacientes, pre y postoperatorias, excluyéndose pacientes que mostraron contracciones no inhibidas sugestivas de inestabilidad del detrusor, así mismo pacientes que estuvieran consumiendo medicamentos colinérgicos, o alfaadrenérgicos, exploración neurológica anormal, neumópatas y obesidad grado III. A todas las pacientes se les efectuó citología cervico-vaginal, estudio de secreción vaginal, además de los estudios básicos.

LA CISTOMETRIA se realizó con agua por ser más fisiológica. El cistómetro estandar para agua consta de un tripié, una varilla o dispositivo graduado en Cms para medir la presión; frasco de solución salina al 0.9% de 1000cc y un sistema de medición de PVC; el cual consta de tres ramas de tubos usados para: a) Conexión con la sonda foley (16-20F). - b) con la fuente de agua y con la rama que se fija a un lado del dispo-

sitivo para medición.

Técnica: Después de haber orinado la paciente se introduce una sonda - Foley, se infla globo con 5cc, se procede a la infusión de agua caliente o fría para obtener la valoración de la vía sensitiva del arco reflejo espinal o de las largas vías al cerebro. Se conecta el tubo cistométrico principal a la sonda y se calibra el sistema por eliminación de las burbujas de aire y por colocación del conector en "Y" y fondo del manómetro a nivel de la sínfisis del pubis. Se abre enseguida la llave que conecta la sonda de foley al manómetro inmediatamente se mide la presión intravesical media (normal de 8-10 CmH₂O). Después se inicia la fase de llenado vesical con emboladas de 50 ml o por medio de un flujo continuo de una gota por segundo, hasta el síntoma inicial de deseo de evacuar lo que se produce habitualmente hacia los 175-200 ml de líquido de infusión. La plenitud de la vejiga se obtendrá hacia los 400-500 ml con una presión intravesical estable de 15-20 Cm H₂O. La contracción voluntaria y la eliminación elevarán la presión por encima de los 80-100 CmH₂O. No debe existir contracciones de vacío en una vejiga normal y la corriente de eliminación no debe de interrumpirse. Antes del exámen cistométrico debe existir un volumen de orina residual del menos del 10% del volumen total eliminado y que en general es menos de 50 ml. También la instilación de agua caliente o fría iniciarán la estimulación inmediata de una contracción del Detrusor con expulsión del líquido en un periodo de 20-30 segundos. En la vejiga anormal con disinergia del detrusor o con una disfunción neurológica mas seria, la capacidad vesical suele ser menor de 150 ml y hay contracción de vacío durante el llenado de la vejiga y el volumen de orina residual suele ser con frecuencia mayor de 90-100 ml. En general decimos que las sensaciones propioceptivas y esteroceptivas están ausentes y no dan una respuesta fisiológica normal. (3,6,17)

RESULTADOS

De las 30 pacientes incluidas en el estudio, dividimos grupos de edades en décadas, así tenemos que de 30-39 años tuvimos 11 pacientes (36.6%) de 40-49 , 9 pacientes (30%); de 50-59 años 9 (30%) y mas de 60 años u na sola paciente (3.3%). La afectación de la incontinencia urinaria de esfuerzo es desde pacientes jóvenes hasta de seniles, y no es privativa de pacientes de edad más avanzada como se ha reportado.(15,17)

El cuadro I nos correlaciona el grado de descenso uretrovesical, la -- cantidad de pacientes con sus porcentajes que lo presentan y los A.G.O Se encontró que el mayor porcentaje de pacientes 28 (93.2%); presentan un grado I-II de descenso uretrovesical y éste mismo grupo presenta la mayor cantidad de embarazos y partos; de 160 y 109 respectivamente. A mayor grado de paridad, mayor descenso uretrovesical.

La Fig. 1 muestra la cantidad de pacientes con cirugías previas correctoras de IUE, así como el promedio en años de la cirugía hasta la aparición de la IUE como inicial o recurrente. Tenemos que del total de -- pacientes (30), presentaron como antecedente cirugía previa 12 pacientes (40%); de éstas en 3 se realizó H.T.A y el promedio de aparición de la IUE fué de 2.5 años, cuatro pacientes con HTA mas MMK y 5 años de -- promedio de aparición de IUE recurrente; 5 pacientes con Kelly-Kennedy y 4.8 años promedio de aparición de IUE recurrente. Se puede tomar como factor de riesgo en la aparición de IUE inicial la histerectomía to tal abdominal (HTA).

El cuadro II. Correlaciona el grado de descenso vesical, número de paci entes, pérdida de orina al esfuerzo y prueba de Marshall. En el grado 0 encontramos una sólo paciente, la cual fué negativo a todo y se puede catalogar como error diagnóstico y obviamente fracaso quirúrgico; -- 20 pacientes presentaron grado II de descenso, con pérdida de orina a gotas y chorro de 10 pacientes respectivamente y con una prueba de Mar

shall positiva a 232 ml promedio. 8 pacientes con grado I, 5 de las cuales con pérdida de orina a gotas y dos a chorro con prueba de Marshall positiva a 250 ml promedio, una paciente negativa a todo. Solamente una paciente con descenso uretrovesical grado III, con pérdida de orina a chorro y prueba de marshall positiva a 200 ml, cabe señalar que esta paciente había tenido 11 embarazos y 11 partos (ver cuadro I). A mayor grado de descenso uretrovesical, mayor pérdida de orina al esfuerzo por falta de continencia y prueba de Marshal positiva a menor capacidad vesical.

La Fig. 2 Ilustra el descenso del ángulo uretrovesical realizado con Q-tip y que consiste en insertar un hisopo en la uretra femenina, pedir a la mujer que puje y ver la elevación del mismo en relación de la horizontal estando la mujer en decúbito dorsal. Teniendo resultados iguales que en el cuadro II.

En el cuadro III se incluyen los principales mediciones cistométricas pre y postoperatorias que se alteran con la cirugía, según el reporte de Stamey(1980) en 203 pacientes; concluyéndose que la orina residual postoperatoria tiende a ser menor y que la capacidad vesical aumenta. Se incluye una medición de presión máxima de micción tanto preoperatoria como postoperatoria, la cual se encontró sensiblemente aumentada en el postoperatorio. Este cuadro se representa esquemáticamente en la fig.3 con las dos curvas cistométricas generales pre y postoperatorias en las cuales encontramos como cifras de orina residual preoperatoria de 13.8cc y 10.6cc postoperatoria; la presión basal preoperatoria es de 7.6 CmH₂O y 7.8 Cm H₂O Post. (P B). El primer deseo miccional se registra a los 228.8 cc de infusión en la preop. y a los 234.8 cc en la pos. La presión de llenado vesical se mantiene en promedio en 12.5 y 12.4 pre y postoperatoriamente. La capacidad vesical es de 506 cc preopera-

toria y 480 cc en el postoperatorio. La presión máxima de micción preoperatoria es de 29.4 CmH₂O y la postoperatoria se disparó hasta 42.2- esta última variable es la única que cambio importantemente con la cirugía sin saber a que atribuirse, podría deberse a la resistencia aumentada al flujo de expulsión secundario a la elevación del cuello vesical. En la Fig 4 se ilustra que del total de pacientes (30) que se sometieron a cirugía, en 23 (76.6%) se usó la técnica de suspensión endoscópica del cuello vesical con aguja(técnica Pereyra modificada por Raz y Gittes) de los cuales hubo 4 fracasos(13.3%); en 5 pacientes se hizo cistouretopexia retropúbica por vía abdominal por existir patología ginecológica concomitante que necesitaron laparotomía (tecnica de Marshall-Marchetti-Krantz y Burch); se reportaron 3 fallas(10%). Se realizó Técnica de Kelly-Kennedy en dos pacientes (6.6), con falla de una que representa el 3.3%. Total de exitos 22 (73.3%); total de fallas 8 (26.7%). Se consideró como falla si después de tres meses de su cirugía la paciente persistía con su sintomatología o ésta había aumentado. En el postoperatorio se dejó sonda vesical por tres días al cabo de los cuales se retiró. Si la orina residual era de más de 100 ml o no hay micción espontánea, se reinstala y se retira 7 días después y se indica ácido nalidixico en tanto tenga la sonda puesta.

LA MORBILIDAD global fué de 3 pacientes (10%). Ocurriendo dos casos de lesión vesical, detectada con la exploración cistoendoscópica, al visualizarse el hilo de sutura perforando vejiga, el cual se retira y se vuelve a resuturar, se deja sonda por 7 días y ambas pacientes evolucionaron satisfactoriamente. En uno paciente se presenta hemorragia del sitio de la disección del tunel retropúbico, requiriendo transfusión transoperatoria de 500 cc de paquete globular, evolucionando satisfactoriamente.

El tiempo de seguimiento fué de 1,3,6 y 12 meses. El criterio de control, consiste en preguntar a la paciente si continuaba con su incontinencia urinaria, si presentaba urgencia, disuria, polaciuiuria u otra sintomatología urinaria. Si era afirmativo se solicitaba urocultivo con antibiograma y se indicaba tratamiento específico, posponiéndose el control de los estudios urodinámicos hasta obtener dos urocultivos negativos. Se exploraba el estado de la cicatrización de la herida quirúrgica abdominal y de las paredes vaginales; se apreció si al esfuerzo con vejiga llena existía escape de orina por meato uretral. Se efectuó la prueba de Ridley o Q-tip y la evaluación de la elevación retropúbica del cuello vesical. Al mes se realizó cistometría y cistoscopia, encontrándose 23 pacientes (76.6%) con cistoscopías normales y 7 pacientes (23.3%) con puntillero hemorrágico e hiperemia de mucosa vesicotrigoanal, sugestiva de infección urinaria aguda los cuales desaparecieron en las siguientes exploraciones. El resultado fué bueno en 22 casos (73.3%); los 8 fracasos (26.6%) se consideraron como fallas en el diagnóstico y en la selección del tratamiento.

DISCUSION

La incontinencia urinaria anatómica (IUEA) es una patología que se encuentra en pacientes con antecedentes de multiparidad, deficiencia hormonal, obesidad, cirugías pélvicas con mala técnica. En nuestro estudio se presenta una gráfica ilustrando éste último punto en donde se puede tomar como factor de riesgo para la aparición y recurrencia de la IUE a la H.T.A. cuyo promedio de años desde que se hizo hasta la aparición de la IUE fué de 2.5 años. (fig.1)

La IUE desulta de una debilidad del mecanismo de esfínter uretral y del descenso del cuello vesical. Generalmente esto ocurre después de un parto si se han estirado demasiado los sostenes del cuello, entonces éstos pierden su resistencia y quedan alargados. En consecuencia el cuello se desaloja de su sitio normal contra el pubis a una posición más baja en donde el mecanismo de válvula no puede resistir el escape de orina con el aumento de la presión intraabdominal; el cuadro I y la Fig 2 nos ilustra este concepto, en donde la mayor concentración de pecientes se sitúan en el grado I y II de descenso uretrovesical y quienes presentan el más alto índice de paridad.

Es importante determinar si la IUE es anatómica o de inestabilidad del detrusor o de estenosis uretral, la cistometría es de los estudios que más información prestan. La cistoscopia es complementaria. La falta de un estudio idóneo puede propiciar la inclusión de casos de etiología no anatómica, lo que aumenta la proporción de fallas quirúrgicas independientemente de la técnica que se utilice según el cuadro III y fig 3. No existe hasta el momento actual una operación ideal aplicable a todas las pacientes por igual. La selección del procedimiento que cumple con los objetivos terapéuticos debe ajustarse al caso en particular según las alteraciones de la estática pélvigenital y la patología ginecológica asociada, (ver algo-ritmo).

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

GRADO DESCENSO URETROVESICAL.	NUM. PAC.	PORCEN TAJES.	GESTAS	PARAS	ABOERTOS	CESA- REAS.
0	1	3.3	7	5	2	0
I	8	26.6	41	28	10	3
II	20	66.6	119	81	24	7
III	1	3.3	11	11	0	0
TOTAL	30	99.8	178	125	36	10

CUADRO I

Fuente: archivo clínico del H.R. "Lic. Adolfo López Mateos". ISSSTE. 30-XI-88.

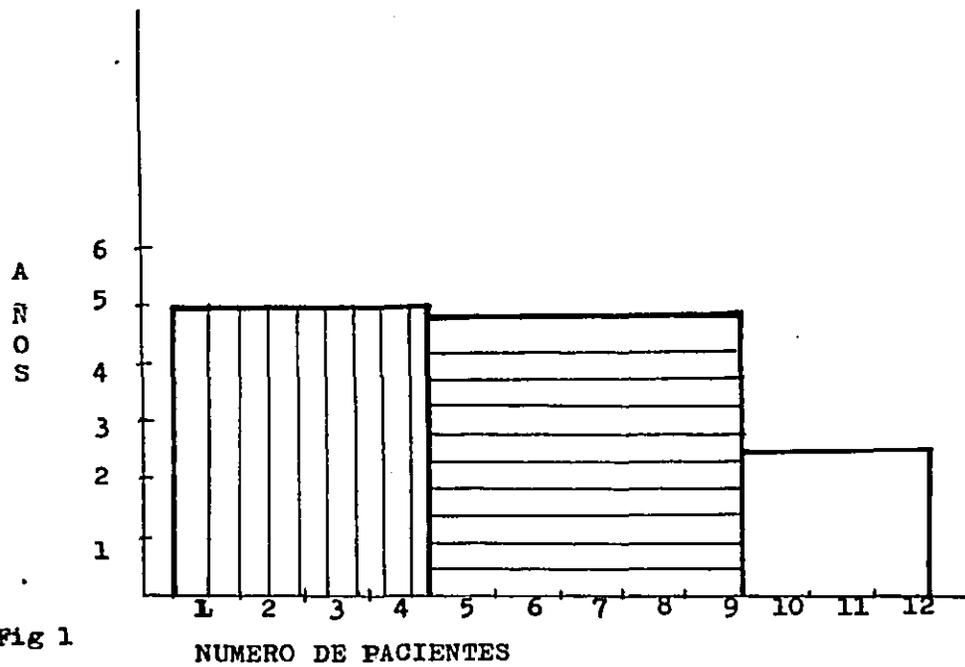


Fig 1

H.T.A + M.M.K 
 Kelly-Kennedy 
 H.T.A. 

CO L I P E
 A B A S I C O S P A R T I C I P A N T E S M U N I C I P A L E S
 M U N I C I P A L I D A D E S P A R T I C I P A N T E S M U N I C I P A L E S
 M U N I C I P A L I D A D E S P A R T I C I P A N T E S M U N I C I P A L E S

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

EXPLORACION UROGINECOLOGICA

GRADO DESCENSO URETROVESICAL.	NUMERO PACIENTES	PERDIDA DE ORINA CON ESFUERZO			P. MARSHALL
		NO	GOTA	CHORRO	
O	1	1	0	0	-
I	8	1	5	2	+ 250 cc
II	20	0	10	10	+ 232.5 cc
III	1	0	0	1	+ 200 cc
IV	0	0	0	0	-
total	30	2	15	13	

Fuente: archivo clínico H.R. "Lic. Adolfo
López Mateos". ISSSTE. 30 XI '88

CUADRO II

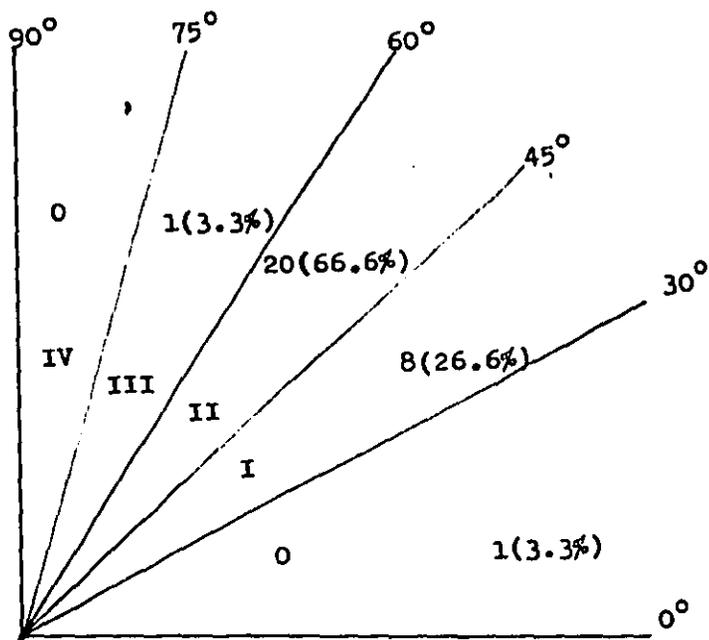


Fig 2 GRADOS DE DESCENSO URETROVESICAL (GREEN 1970)

et de la nature de la relation entre le degré de descente rétrovésicale et le degré de descente rétrovésicale. Les résultats de cette étude sont présentés dans le tableau ci-dessous.

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

MEDIDAS URODINAMICAS PRE Y POSTOPERATORIAS

ORINA RESIDUAL EN c.c.		CAP.VESICAL MX. C.C.		PRESION MX.MICCION CmH ₂ O	
PREOP.	POST.	PREOP.	POST.	PREO.	POST.
0	0	350	350	12	25
0	0	350	350	13	40
0	0	400	500	17	42
3	33	400	300	18	40
3	3	400	400	18	44
3	3	400	400	18	54
3	3	400	400	19	33
3	3	400	350	19	42
3	3	400	350	19	44
5	5	400	400	20	40
5	5	450	450	20	36
6	4	450	250	21	40
10	0	450	550	21	52
10	0	450	550	23	40
10	0	450	350	24	55
10	0	500	550	25	50
10	0	500	550	27	50
10	5	500	500	29	40
10	5	500	350	29	24
10	8	500	550	29	58
10	10	520	500	30	40
10	10	550	550	32	40
20	5	570	550	33	50
20	8	600	550	35	42
20	8	620	400	40	38
20	12	650	650	40	56
30	40	700	600	40	44
35	5	950	700	45	56
80	75	400	800	55	23
80	100	999	870	55	24
13.8	10.6	506	480	29.4	42.2

Fuente: Archivo clínico del H.R. "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE 30 XI '88

CUADRO III

Cm H₂O

p
r
e
s
i
ó
n

v
e
s
i
c
a
l

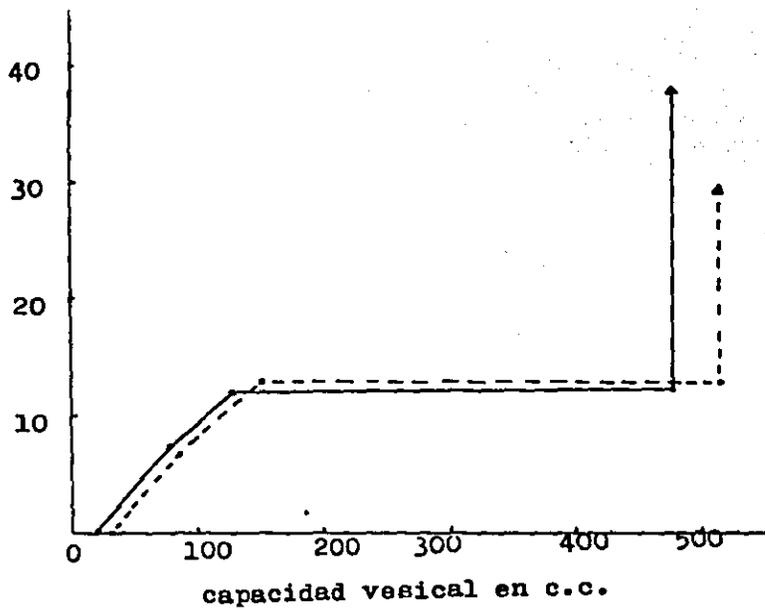


Fig 3

Preoperatoria ---

Postoperatoria - - -

Fig. 3. — Gráfico de la presión vesical (en cm H₂O) frente a la capacidad vesical (en c.c.) en el estado preoperatorio y postoperatorio. La línea sólida representa el estado preoperatorio y la línea punteada el estado postoperatorio. Se observa que en el estado postoperatorio la capacidad vesical normal es mayor (alrededor de 150 c.c.) que en el estado preoperatorio (alrededor de 120 c.c.), pero la presión vesical máxima que se alcanza al llenar la vejiga es menor (alrededor de 30 cm H₂O) que en el estado preoperatorio (alrededor de 38 cm H₂O).

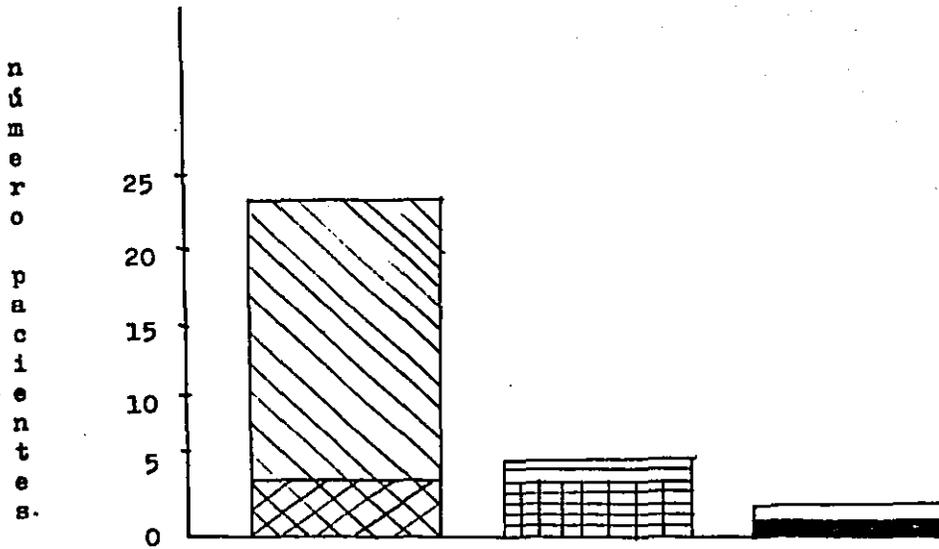


Fig 4

Pereyra Mod y Gittes		Fallas	
M.M.K y Burch		Fallas	
Kelly-Kennedy		Fallas	

... ..

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

- 1.- Blaivas JG: Urología ginecológica. Fisiopatología de las vías urinarias bajas. Traducción de la primera edición en inglés de la obra "The Clinics in Obstetrics and Gynaecology: Gynecological Urology" ed. Interamericana, Vol. 12:2, 1985.
- 2.- Gosling JA: Urología ginecológica: estructuras de vías Urinarias - Bajas y Suelo pélvico. Ed. Interamericana Vol 2; 78. 1985.
- 3.- Massey A y Abrams P: Urodinamia de las vías urinarias Bajas. Interamericana Vol 2:185; 1985.
- 3.- Kluge RC y Cerny JC: Cistometría estandar con agua. Ginecol y Obstet. Interamericana Vol 1:19. 182. 1985
- 5.- Weila A, Reyes P, Bischof R, Rottenberg y Krauer: Relevancia clínica del perfil uretral bajo esfuerzo usando microtransductores después de cirugía por incontinencia debida a esfuerzo en las mujeres. Urol INT Vol 38. 1983.
- 6.- Bergman A y Mc Carthy TA: Cambios dinámicos después de la operación exitosa por incontinencia debida a esfuerzo; Am J Obstet Gynecol. Vol - 147 325-328-1983
- 7.- Villalobos R, Iris de la Cruz, Peña SM: Uretrocistopexia retropúbica, informe preliminar. Ginecol y Obstet Mex. Vol 54. 1984
- 8.- Stakin DR, Zimmern PE, Sholomo Raz: Fisiopatología de la Incontinencia de esfuzero; Ginecol Obstet. Vol 2. 1985
- 9.- Douglas J, Marchant: Evaluación clínica de la Incontinencia Urinaria y de la anatomía y patofisiología anómalas; Clin Obstetrics Gynecol Gynecological Urology. Interamericana. Vol 2. 1985
- 10.- Warenski JC: Papel de la urología ginecológica en la ginecología; Clin Obstet Ginecol. Vol 2. 1984
- 11.- Stanton SL; Incontinencia de Esfuerzo: ¿ Por que y como funcionan las operaciones? Urol Ginecol Vol 2. 1985
- 12.- Newman HF, Northrup JD: Female Urinary Stress Incontinence; Am J Surg 102: 633. 1983.
- 13.- Mattingly RF: Stress Urinary Incontinence, urethrocele and Cystocele Telinde S ^uperative Gynecology. 6 th ed. Int 1985
- 14.- Narendar, Bhatia y Arieh B: Evaluación urodinámica de la prueba de Bonney en mujeres con IUE. Urol Ginecol ; 62:696-699. 1983
- 15.- Leacg GE, Yip CM, Donovan BJ: Mechanism of Continence After Modified Pereyra Bladder Neck suspension. Prospective Urodynamic Study; - Urology Mar:29(3);268-70. 1987
- 16.- Goodno JA, Powers T; Modified Retropubic Cystourethropexy; Am J Obstet Gynecol Jun; 154(6): 1211-5. 1987
- 17.- Modersbacher H, Ebner A: Recurrent Urinary Incontinence; Cystomanometry-a condition sine qua non? Ger Urologe Sep; 25(5): 271-7. 1986
- 18.† Gittes F, Loughlin K: No-Incision Pubovaginal Suspension for stress incontinence; J Urol Sep Vol 38. 1987.
- 19.- Kato K, Kondo A, Takita T, Tanaka J, Mitsuya H: Incontinence in - female neurogenic Bladders; Resolution by endoscopic Bladder Neck suspension; Br J urol Jun; 59(6): 523-5. 1987.

A YUVIA: POR SU CALLADA COMPRENSION Y
SUMISA ESPERA.

A MIS PADRES: POR SU APOYO EXPRESADO EN
HECHOS Y NO EN PALABRAS.

A MIS PACIENTES: POR SU CONFIANZA.

A MIS MAESTROS, COMPAÑEROS Y ENFERMERAS:
POR SU PRUDENTE TOLERANCIA.

A MI DERROTA, MI AISLAMIENTO Y MI SOLEDAD:
A LAS CUALES AMO, YA QUE SER ADMIRADO ES
SER ESCLAVIZADO Y SER COMPRENDIDO ES SER
DERRIBADO.