

11217
95
20j



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios Superiores
Curso de Especialización en Gineco Obstetricia
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Gineco Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala"
Departamento de Enseñanza e Investigación

"INCONTINENCIA URINARIA RECIDIVANTE"

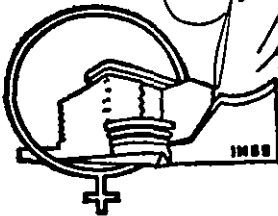
TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título en la Especialidad de:
GINECO OBSTETRICIA

presenta

DR. L. CAROLINA VELASCO MARIN

Asesor. DR. SEBASTIAN IRIS DE LA CRUZ



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE GRASA

1987



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.

C O N T E N I D O

INTRODUCCION	1
HISTORIA	1
TECNICAS ACTUALES.....	3
ESTUDIOS PREOPERATORIOS	4
METAS DEL TX. EN LA IUR	4
OBJETIVOS DEL TRABAJO	5
MATERIAL Y METODOS	5
DESARROLLO.....	6
RESULTADOS.....	14
CONCLUSIONES.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	17

INCONTINENCIA URINARIA RECIDIVANTE

INTRODUCCION:

Pocos temas en el campo de la Medicina han recibido tanta atención y concentrado tan diversos puntos de vista sobre: etiología, diagnóstico y tratamiento, como las alteraciones de la Micción; específicamente, la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, y más aún, la Incontinencia Urinaria Recidivante. Con más de 100 procedimientos quirúrgicos disponibles para el tratamiento de éste defecto anatómico, no existe una técnica operatoria única que tenga mejores resultados que las demás en la corrección de esta alteración: observar — vándose que de un 10 a 40,X de las mujeres que son sometidas a una corrección quirúrgica satisfactoria, presentarán mas tarde, Incontinencia Urinaria Recidivante (1).

HISTORIA:

El término "Incontinencia Urinaria de Esfuerzo", fue empleado por primera vez por Sir Hardley Holland, y se iniciaron las primeras recomendaciones para su tratamiento en 1864 (2).

El tratamiento médico consistía en una serie de maniobras que incluían: Baños de pies en agua fría, duchas hipogástricas frías, baños aromáticos y duchas vaginales. Schatz sugirió la aplicación de inyecciones de agua estéril en la Teca Espinal y el Espacio Epidural (2).

El primer procedimiento quirúrgico, aunque no estaba dirigido contra la pared vaginal anterior o la uretra, fue sugerido por Neveu en 1980. Neveu recomendó la Ligadura del prepucio del Clitoris y el pintado del meato uretral con colloidium. Hacia 1900 se recomendaron gran variedad de operaciones, incluyendo la escisión de diversas porciones de la pared vaginal; e incluso la completa rotación de la uretra.

En 1901, Kelly describió el fruncimiento del cuello vesical, referido en 1921 y 1935 por Stoeckel y Marion respectivamente.

Durante los siguientes años, se ha ido introduciendo una gran variedad de operaciones, las cuales pueden resumirse de la siguiente manera (3):

A.- FRUNCIMIENTO DEL CUELLO VESICAL Y DE LA PARED DE LA URETRA:

- Kelly
- Stoeckel
- Marion
- Kennedy

B.- OPERACIONES SOBRE URETRA: Vesicoureterolisis Abdominoperineal o Abdominal:

- Mulvany
- Langreder

C.- OPERACIONES DE RELLENO: Interposición vesicovaginal del utero.

- Watkins
- Schauta-Wertheim

D.- OPERACIONES CON ASAS: Plastia con anillo de fascia del Piramidal.

- Goebell-Stoeckel Frangenheim
- Aldrige
- Studdiford
- Millinread
- Navik
- Palmrich

E.- OPERACIONES POR SUSPENSION:

- Perrin
- Marshall Marchetti Krantz
- Pereyra
- Burch
- Larours

TECNICAS ACTUALES:

A pesar de la gran cantidad de técnicas empleadas, actualmente son cuatro las mas utilizadas:

Kelly
Burch
H.M.K.
Pereyra

Y con las que se han reportado resultados tan diversos como los anotados a continuación:

Tabla 1. Resultados de las técnicas mas empleadas.

Autor	Referencia	Técnica	Casos	Cura %	Seguimiento mínimo
Stanton	1979 (4)	Burch modificado	43	86	2 años *
Lee	1979 (5)	H.M.K.	227	91	2 años
Stamey	1980 (6)	Stamey	203	91	6 meses *
Quigley	1981 (7)	Pereyra	40	82	1 año
Farnell	1982 (8)	H.M.K.	140	90	1 año
Richardson	1981 (9)	Susp. Ileopectoneal	213	91	2 años *
Muszniak	1981 (10)	Vaginopexia Suprapúbica	98	95	6 meses *
Mc Duffie	1981 (11)	H.M.K.	175	90	1 año *
Mc Duffie	1981 (11)	H.M.K.	70	86	5 años
Pereyra	1982 (12)	Pereyra modificado	54	87	4 años
Kaufman	1981 (13)	H.M.K.	73	97	1 año
Intervenciones Vaginales Reparadoras:					
Kaufman	1981 (13)	Colporrafia Ant.	11	100	1 año
Beck	1982 (14)	Colporrafia Ant.	105	80	2 años
Von Rooyen	1979 (15)	Colporrafia Ant.	102	92	3 años *
Peters	1980 (16)	Colporrafia Ant.	100	90	5 años

* Incluye Intervenciones Primarias y Secundarias.

ESTUDIOS PREOPERATORIOS Y METAS DEL TRATAMIENTO EN LA INCONTINENCIA URINARIA
RECIDIVANTE (IUR)

El Objetivo de toda Técnica para el tratamiento de la IUR, es la elevación Retropúbica de la unión Uretrovesical, independientemente de la vía de acceso. Antes de la cirugía, no debe omitirse esfuerzo para establecer el -- Diagnóstico apropiado, valorando además las relaciones anatómicas de la vejiga y la uretra con el pubis. La investigación preoperatoria deberá incluir:

- a) Historia Clínica: Lo mas completa posible, interrogando hábitos urinarios y síntomas acompañantes; sin olvidar los detalles de la operación u operaciones previas.
- b) Exámen Físico Completo: Incluyendo exploración vaginal cuidadosa, con atención especial a la rigidez y movilidad retropúbica de la pared anterior de la vagina.
- c) Estudios Urodinámicos: En todas las pacientes con IUR, debe efectuarse algún tipo de investigación Cistométrica preoperatoria, con objeto de descartar otras causas de Incontinencia Urinaria (Inestabilidad del detrusor), frecuentemente catalogadas como Incontinencia Urinaria Anatómica por métodos clínicos (17).
- d) Uretrocistografía con Cadena de Cuentas Metálicas: Este estudio tiene un gran valor en la IUR; ya que es la única forma con la que podemos determinar exactamente la posición del cuello de la vejiga pre y postoperatoriamente, permitiéndonos valorar los resultados de la cirugía en forma objetiva.
- e) Exámen Urológico Completo: Incluyendo exploraciones Cistoscópicas y Uretrocópicas.
- f) Valoración Neurológica: En especial, cuando la Uretrocistometría sugiera Inestabilidad del Detrusor.

Sin embargo, a pesar de los estudios diagnósticos y de la gran cantidad de recursos quirúrgicos con que contamos, como se mencionó inicialmente ; el 10 al 40 % de las pacientes sometidas a una corrección quirúrgica satisfactoria, presentarán mas tarde, Incontinencia Urinaria Recidivante. Ante estas observaciones, nos sentimos motivados a efectuar el presente trabajo, con los siguientes objetivos:

OBJETIVOS DEL TRABAJO:

- 1.- Determinar la frecuencia de la Incontinencia Urinaria Recidivante en el Hospital "Luis Castelazo Ayala".
- 2.- Valorar los métodos con los que disponemos para efectuar el Diagnóstico
- 3.- De acuerdo a la experiencia lograda en nuestro hospital, determinar las técnicas quirúrgicas más apropiadas para la resolución del problema.

MATERIAL Y METODOS:

Se incluyeron en el estudio a todas las pacientes que acudieron al Módulo de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE), del Hospital "Luis Castelazo Ayala", en el período comprendido de Febrero 84, a Agosto 86.

Durante este lapso, se captaron 770 pacientes que aquejaron el síntoma de IUE; siendo en 42 de ellas, Recidivante (5.45 %).

El criterio para hablar de Recidiva, fué la recurrencia del síntoma, después de un año de haber obtenido curación del mismo mediante un procedimiento quirúrgico.

A todas las pacientes se les efectuó los siguientes estudios:

- a) Urocultivo
- b) Cultivo de Secreciones Genitales
- c) Citología Vaginal
- d) Valoración Urológica
- e) Cistoscopia
- f) Cistouretrograma con Cadena Metálica.

Se inscribieron en el Protocolo de estudio que se efectúa en este Módulo y se captaron en hoja especial.

DESARROLLO:

El grupo etario mayormente afectado correspondió a la cuarta década de la vida. La paciente más joven tenía 30 años y la de mayor edad, 70.

La edad promedio en la que se presentó el problema fué de 46.5 años (cuadro 1).

Cuadro 1.

<u>E D A D</u>	<u>C A S O S</u>
30 - 40	9
41 - 50	20
51 - 60	12
61 - 70	1
<u>T O T A L</u>	<u>42</u>

En cuanto a la Paridad, la mayor incidencia se observó en pacientes que tenían de 6 a 10 partos. La menor paridad fué de 1, y la mayor de 16 (Cuadro 2).

Cuadro 2.

<u>PARIDAD</u>	<u>CASOS</u>
3 - 5	14
6 - 10	16
+ de 10	12
<u>T O T A L</u>	<u>42</u>

Al analizar el antecedente de la cirugía previamente efectuada, observamos que la máxima incidencia correspondió a la Plastia de Kelly, con 31 casos, y sólo 2 a la Técnica de Pereyra. Cuatro pacientes tenían más de un procedimiento, lo que explica el total de 46 pacientes anotadas (Cuadro 3).

Cuadro 3.

CIRUGIA PREVIA	CASOS
Kelly	31
Powell	8
M.H.K.	5
Pereyra	2
T O T A L	46

Posteriormente se analizó el tiempo en que las pacientes volvieron a manifestar el síntoma, encontrando que 13 de ellas lo presentaron en - menos de un año, posterior a su aparente corrección quirúrgica. En 12 de ellas la Recidiva se presentó entre 1 y 2 años; en el resto, después de 3 años (Cuadro 4).

CUADRO 5

ASINTOMATICA	CASOS
Menos de 1 año	13
1 a 2 años	12
3 a 10 años	17
T O T A L	42

Durante la exploración, básicamente nos dirigimos a corroborar el síntoma - manifestado, lográndose esto en 39 casos. La prueba del Hisopo resultó positiva en 40 pacientes y se observó Cistocele de diversos grados en 36 de ellas (Cuadro 5).

Cuadro 5.

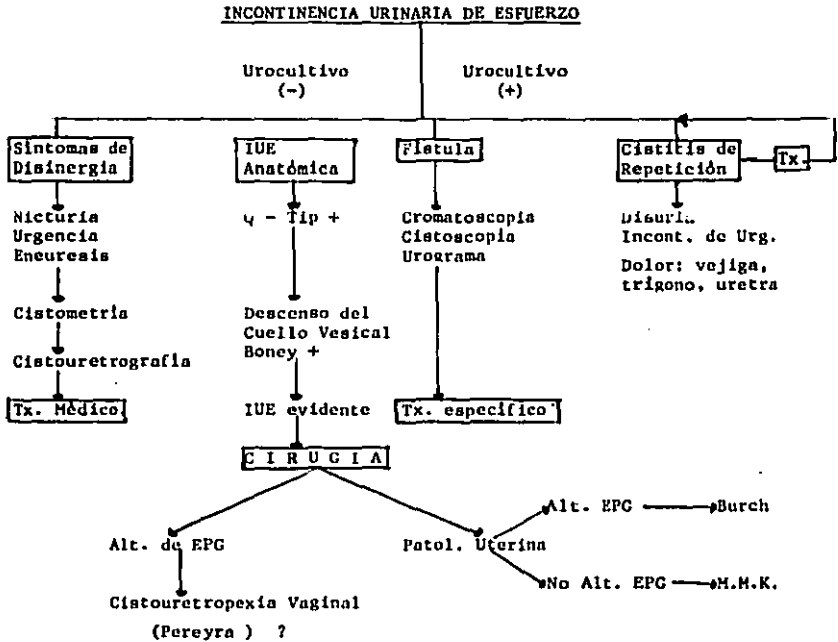
EXPLORACION	CASOS
Prueba del Hisopo Positiva (Q - Tip)	40
Corroboración de la IUE	39
Cistocele	36

La valoración Urológica y Cistoscopia, efectuadas en 31 casos, reportó en la mayoría de ellos: Uretrotrigonitis e Insuficiente Calibre uretral. Otros hallazgos se señalan en el Cuadro 6.

Cuadro 6.

HALLAZGOS CISTOSCOPICOS	CASOS
Uretrotrigonitis	20
Insuf. Calibre Uretral	11
Estenosis Uretral	4
Trabeculación	3
Cistitis	2

La Técnica quirúrgica efectuada en ésta ocasión, fue elegida de acuerdo al Protocolo de estudio sobre IUE que se realiza en nuestro Hospital y que se describe a continuación:



* Tomado del Módulo de IUE HLCA. (18)

De acuerdo a este Protocolo, los procedimientos efectuados en esta ocasión se anotan en el Cuadro 7. Nueve pacientes no han sido operadas aún, ya que se encuentran en control de alguna patología concomitante.

Cuadro 7.

CIRUGIA EFECTUADA	CASOS
M.M.K.	11
Kelly	4
Burch	4
Pereyra	14
No operadas	9
T O T A L	42

La estancia Hospitalaria promedio fue de 4.3 días. En solo 2 casos ésta se prolongó a 10 días. En uno de ellos, correspondió a una paciente postoperada con Técnica de M.M.K. que presentó absceso de herida quirúrgica. Y en el otro caso, una paciente postoperada con Técnica de Peryra, hipertensa no controlada, que ameritó mayor estancia, por causas no directamente atribuibles a la cirugía (Cuadro 8).

Cuadro 8.

ESTANCIA HOSPITALARIA	CASOS
Menos de 4 días	17
5 a 10	16
T O T A L	33

En cuanto a la permanencia de Sonda Vesical, casi el 80 % egresó sin la misma (Cuadro 9).

Cuadro 9.

<hr/>	
Egreso s/sonda	26
Egreso c/sonda	7
<hr/>	
T O T A L	33
<hr/>	

Las complicaciones observadas en el postoperatorio se muestran a continuación (Cuadro 10).

Cuadro 10.

<hr/>	
COMPLICACION	CASOS
<hr/>	
Retención Urinaria	8
Infección de Vías Urinarias	4
Hematuria Transitoria	2
Absceso de Herida Quirúrgica	2
Hematoma de Herida Quirúrgica	1
Lesión Vesical	1
<hr/>	

Dentro de la patología que concomitantemente presentaban las pacientes estudiadas, tenemos que casi el 50% de ellas eran obesas, observándose entidades tan variadas como lo muestra el cuadro 11.

Cuadro 11.

PATOLOGIA CONCOMITANTE	CASOS
Obesidad	15
Hipertensión Arterial	6
Diabetes	4
Hipotiroidismo	1
E P O C	1
Sme. Lumbar doloroso	1
Cardiopatía	1
Mastopatía Fibroquistica	1
Hiperprolactinemia	1

A todas las pacientes se les efectuó seguimiento de su postoperatorio por medio de la Consulta Externa a 1,6,12 y 24 meses (cuadro 12).

En una paciente el resultado se consideró "Regular" a 1 año, ya que presentó Incontinencia de grandes esfuerzos en forma ocasional.

Cuadro 12.

RESULTADO	1 mes	6 meses	1 año	2 años	Total
Bueno	7	5	12	8	32
Regular	-	-	1	-	1

* Nueve no operadas.

RESULTADOS: De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos concluir:

- 1.- La frecuencia de Incontinencia Urinaria Recidivante en el Hospital "Luis Castelazo Ayala" es de 5.45 %, coincidiendo con lo reportado en la literatura mundial (1).
- 2.- Se corroboró de acuerdo con los diversos autores, que existen grupos mayormente afectados de este trastorno, como son: grandes multiparas, pacientes de edad avanzada y obesas; grupos en quienes el trauma obs tetrico, el hipoeestrogenismo y el debilitamiento de ligamentos y mu culos de soporte del piso pélvico, juegan un papel importante en la fisiopatología de esta entidad.
- 3.- De acuerdo al criterio establecido inicialmente para hablar de Recidi vancia, en 13 de nuestras pacientes, la presentación del sintoma an - tes de 1 año de su corrección quirúrgica, manifiesta el haberse efec - tuado un diagnóstico incorrecto o bien, una técnica inapropiada.
- 4.- Se observó correlación entre la demostración clínica de IUE y la prue ba del Hisopo casi en la totalidad de los casos; a pesar de que ésta no fue efectuada por la misma persona, lo que habla a favor de éste procedimiento.
- 5.- Los hallazgos Cistoscópicos no contribuyeron al diagnóstico de Incon tinencia Urinaria Recidivante (19).
- 6.- El Cistouretrograma con Cadena Metálica, demostró casi en el 100 % la ineficacia del primer procedimiento efectuado para la corrección de esta alteración.
- 7.- De acuerdo a nuestro estudio, la Plastia de Kelly mostró el mayor por centaje de recidivas y la Técnica de Peryra, la menor. Sin embargo,

no podemos concluir la ineficacia de uno u otro procedimiento, ya que no contamos con estudios de control y las variables analizadas no fueron uniformes.

- 8.- Coincidiendo con diversos autores, las complicaciones observadas fueron mas frecuentes en los casos en que se efectuó Cistoureteropexia Retropública.
- 9.- Finalmente, los resultados obtenidos no son concluyentes, - ya que sólo 12 de las 33 pacientes operadas han sobrepasado el plazo de 1 año de seguimiento. Por otro lado, aunque se encuentra incluido dentro del Protocolo de estudio, no contamos con Cistoureterograma de Cadena; única forma de evaluar en forma objetiva, la nueva posición del Ángulo Uretrovesical.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, es efectuado generalmente por la corroboración del sintoma manifestado por la paciente; - sin embargo existen otras causas de Incontinencia Urinaria, como la ocasionada por Inestabilidad del Detrusor, que puede simular en un momento dado Incontinencia de Esfuerzo Genuina pero no es tributaria de trata -- miento quirúrgico. Es por esta razón que consideramos imprescindible efectuar en toda paciente que aqueje éste sintoma, pruebas Urodinámicas, con objeto de descartar esta posibilidad (20).

En base a este planteamiento y los resultados observados, cabría cuestionarnos lo siguiente:

Cuántas de las pacientes diagnosticadas como Incontinencia de Esfuerzo - Genuina, son realmente Disinergias ? y:

Cuántas de ellas han sido operadas erróneamente, aumentando las filas de pacientes supuestamente recidivantes ?

Por otro lado, considerando que hubiésemos efectuado un diagnóstico correcto de Incontinencia Recidivante, la comparación entre las series observadas denota varios aspectos:

- a) Falta uniformidad en los criterios para definir "Curación". Algunos autores consideran ésta meramente subjetiva, mientras que otros emplean el videouretrograma como evidencia objetiva de curación (21).
- b) No hay acuerdo en cuanto al tiempo de seguimiento necesario para eva -

luar los resultados. Se menciona que un seguimiento por menos de 2 años puede no ser predictivo de éxito a largo plazo (22).

- c) La comparación entre las series publicadas también se ve complicada por la frecuencia con la que se incluyen en dichas series, casos mixtos de Disfunción Vesical anatómica y Neurogénica.
- d) Existen, no obstante, otros aspectos fundamentales, difícil de determinar; tales como la habilidad del cirujano y la laxitud o resistencia de los tejidos.
- e) Finalmente, no podemos hablar de una mejor Técnica para la resolución de este problema.

El éxito o fracaso de la misma, dependerán, o serán la consecuencia de un buen diagnóstico y de la individualización de cada caso.

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

- 1.- Schaeffer A.J. Tratamiento de la Incontinencia Urinaria Recurrente Clin. Obstat. y Ginecol. 587:605, 1980.
- 2.- Marchant D.J. Urinary Incontinence In. Yearbook of Obstetrics & Gynecol. 58:372, 1981.
- 3.- Rosales J. Incontinencia Urinaria. Monografias de Ginecologia y - Obstetricia. AMERHGOU, 1:27, 1980.
- 4.- Stanton S.L., Cardoso L. Results of Colposuspension operation for Incontinence and Prolapse. Br. J. Obstet. Gynaecol. 86:693, 1979.
- 5.- Lee R.A., Symmonds R.E. Surgical complications and results of modified MMK procedure for Urinary Incontinence. Obstet. Gynecol. 53: 447, 1979.
- 6.- Stamey T.A. Endoscopic suspension of the vesical neck for Urinary Incontinence in females. Ann. Surg. 191:465, 1980.
- 7.- Quigley G.J., King S.K. Transvaginal retropubic urethropexy. Am. J. Obstet. Gynecol. 139:268, 1981.
- 8.- Farnell J.P., Marshall V.F., Vaughan E.D. Primary management of urinary stress incontinence by the MMK vesicourethropexy. J. Urol. 127:679, 1982.

- 9.- Richardson A.C., Edmonds P.B., Williams N. Treatment of stress urinary incontinence due to paravaginal fascial defect. *Obstet. Gynecol.* 357:576, 1981.
- 10.- Muznai D., Carrillo E., Dubin C., Silverman I. Retropubic vaginoplasty for correction of urinary stress incontinence. *Obstet. Gynecol.* 59:113, 1982.
- 11.- Mc. Duffie R.W., Litin R.B., Blundon K.E. Urethrovesical suspension (MMK). *Am. J. Sur.* 141:297, 1981.
- 12.- Pereyra A.J., Leberz T.B., Crowdon W., Powers J.A. Pubourethral supports in perspective: modified Pereyra procedure for urinary incontinence. 59:643, 1982.
- 13.- Kaufman J. Operative management of stress urinary incontinence. *J. Urol.* 126:465, 1981.
- 14.- Beck R.P., Mc. Cormick S. Treatment of urinary stress incontinence with anterior colporrhaphy. *Obstet. Gynecol.* 59:269, 1981.
- 15.- Von Rooyen A.J.L., Liebenberg H.C. A Clinical approach to incontinence in the female. *Obstet Gynecol.* 1:53, 1978.
- 16.- Peters W.A., Thornton W.N. Selection of the primary operative procedure for stress urinary incontinence. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 137:923, 1980.

- 17.- Hodkinson P.C. Incontinencia Urinaria Recurrente. Am. Obstet. - Ginecol. 525:535, 1978.
- 18.- Villalobos R., Iris de la C. S., Pena Sandoval M. Uretropexia Retropública por vía vaginal. Informe Preliminar. Ginecol y Obstet. de Mex. Vol. 54; 311:315, Nov. 1986.
- 18a.- Villalobos R., Iris de la C.S., Pena Sandoval M. Cistouretropexia Retropública en Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. II Operación de Pereyra modificado. Ginecol. y Obstet. de Mex. Vol. 54; 513: 518, Dic. 1986.
- 19.- Schaeffer A.J. Tratamiento de la Incontinencia Urinaria Recurrente Clín. Obstet. y Ginecol. 601:605, 1980.
- 20.- Hurt G., Plant A. Uretrocistometría Electrónica Directa. Clín. Obstet. y Ginecol. 733:741, 1978.
- 21.- Mattingly F.R. Incontinencia Urinaria de stress anatómico. Clín. Obstet. y Ginecol. 569:585, 1978.
- 22.- Zacharin R.F. Abdominal Urethral suspension in the management of recurrent stress incontinence of urine: a 15 years of experience Obstet. Gynecol. 62:644, 1983.