

11217
118.
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

I . S . S . S . T . E .

HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

**ANALISIS DE RESULTADOS DE LA TECNICA PEREYRA A 3, 6
Y 12 MESES COMO TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA
URINARIA DE ESFUERZO.**

T E S I S

**Que para obtener el Titulo de la Especialidad de
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a**

DRA. MARIA ANTONIETA PEREZ RODRIGUEZ

Asesor: DR. JOSE LUIS BRISENO ZUNIGA



DICIEMBRE 1990

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	1
HISTORIA	3
TECNICA PEREYRA	5
ANATOMIA	7
INERVACION	9
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	11
MATERIAL Y METODOS	16
RESULTADOS	18
CONCLUSIONES	20
RESUMEN	22
BIBLIOGRAFIA	24
GRAFICAS	27

INTRODUCCION:

El ginecólogo se enfrenta a menudo en la consulta con problemas relacionados a trastornos de la micción. Uno de los padecimientos más frecuentes y más molesto, que sufre la mujer a medida que avanza la edad es la pérdida progresiva del control de la micción, lo que obliga a llevar constantemente apósitos vulvares y muchas veces representa una verdadera invalidez puesto que perturba sus actividades y repercute en su vida familiar y social.

Se han descrito más de 100 operaciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria anatómica. Se ha utilizado la vía vaginal, abdominal o bien la combinada, se han empleado múltiples elementos de sutura y fijación y hasta el momento no se ha encontrado el procedimiento ideal. (4).

Esta tesis es un estudio retrospectivo analizando los resultados de la técnica Pereyra a 3-6 meses y un año como tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo anatómico. Se realizó en la Clínica Urológica del Hospital 20 de Noviembre en el período comprendido del 28 de octubre de 1989 al 30 de agosto de 1990. Se analizarán varios factores como: edad, peso, talla, paridad, operaciones previas, complicaciones trans y postoperatorias.

Antes se describirá un resumen, sobre; Anatomía, neurofisiología de las vías urinarias bajas así como mecanismo de continencia y micción en la mujer normal. Concepto, etiología, grado de intensidad y formas de diagnóstico de la incontinencia urinaria de esfuerzo, se describirá la técnica de Pereyra modificada así como una descripción de los materiales y métodos de análisis de resultados y comentario final, gráficas y tablas.

HISTORIA:

La corrección quirúrgica eficaz de la incontinencia urinaria de esfuerzo data de comienzos de este siglo Donald y Fothergill(1) de Manchester, Inglaterra, lograron la cura al elevar el cuello de la vejiga en el momento de la colporrafia anterior, después de suspender el útero en la pélvis. Una década más tarde Kelly(2) en 1901 prefirió plicación del tejido parauretral en un intento de poner tensión al cuello vesical y que para él el problema era proximal a la uretra en el meato urinario externo.

1922 Heardley Holland le acuña el término de incontinencia urinaria de esfuerzo.

1946 Victor Marshall corrigió la incontinencia por medio de la uretrovesicopexia retropúbica al fijar el cuello de la vejiga en un punto alto en la cara posterior de la sínfisis del pubis.

El Dr. Krantz, anatomista pensó con exactitud que la operación curaba la incontinencia al elevar y fijar la unión uretrovesical en un plano alto de la pelvis.

1952 Pereyra señaló el empleo de la suspensión con aguja, del cuello vesical(3). Las variantes de ésta técnica han tenido enorme aceptación al grado que es la operación que más se practica contra la incontinencia urinaria de esfuerzo. El instrumento original era una aguja hueca con curvatura de 30 grados, a 4 cm. de su punta, con una aguja recta sólida que se pasaba dentro de la hueca para salir en la angulación.

El método inicialmente se hizo sin disección vaginal y con una pequeñísima incisión abdominal al tejido parauretral y de ahí a la unión uretrovesical y en una zona distal a ella, con las porciones recta y angulada de la aguja respectivamente. Después podía enhilarse una asa de acero inoxidable No. 30 a través del ojo distal de cada aguja, para ser llevado a la herida abdominal.

El propio Pereyra pronto cambio el material no absorbible en vez de alambre. El material más utilizado es el polipropileno No 0 o 1 con aguja CT2.

En 1959 Pereyra inicialmente elevaba la uretra prolapsada y colocada a la fascia endopélvica retropubicamente, mediante el empleo de una cánula y aguja.

La fijación se efectuaba a la aponeurosis del músculo recto y sus colaboradores fueron mejorando la técnica con las modificaciones mencionadas como (aguja, material de sutura y los elementos involucrados anatómicos particularmente los ligamento pubouretrales(4).

Burch en 1961 realiza su técnica suspendiendo la unión uretrovesical en los ligamentos de Cooper.

DESCRIPCION OPERATORIA DE LA TECNICA PEREYRA

Una vez colocada en posición de litotomía modificada y Trëndelenburg moderado, se expone a la pared anterior de la vagina con una valva adecuada, se realiza una incisión en "T" invertida, se disecciona la fascia paravesical y parauretral hasta llegar al borde inferior de las ramas del pubis. La punta de un dedo (habitualmente el índice) se introduce a través de la fascia endopélvica tres centímetros a un lado de la uretra en su punto de unión con el borde inferior del pubis. Extendiéndose el dedo se despeja la fascia de la pared posterior del pubis, poco a poco hasta poder introducir el dedo entero en el espacio retropúbico. Utilizando el mismo procedimiento, se penetra en el espacio retropúbico derecho, traccionando levemente la sonda vesical hacia el lado izquierdo del cirujano, se permite palpar el pilar posterior del ligamento pubouretral izquierdo de la paciente, el cuál descansa inmediatamente por encima y adelante del globo de la sonda de foley, se realiza similar maniobra contralateral. Posteriormente se introduce una aguja curva con sutura de polipropileno del 1 (prolene), a través del ligamento pubouretral posterior y la fascia endopélvica de manera de efectuar una sutura helicoidal con 3 o más asas.

Se realiza una incisión suprapúbica transversal de aproximadamente 4 cm., se disecciona la grasa subcutánea y se identifica la aponeurosis abdominal en su parte media, se introduce la punta por el borde derecho de la aponeurosis,

el dedo índice de la otra mano se introduce por la abertura retropúbica y parauretral hecha previamente y cubre la punta de la aguja después de que se ha perforado la aponeurosis abdominal a través del espacio retropúbico y hasta que la punta de la aguja emerge por la vagina. El ojo de la punta de aguja enhebrada con los dos extremos de la sutura de prolene y se extrae la aguja por arriba. El procedimiento se repite del lado opuesto de tal modo que se tendrá cuatro extremos de la sutura de prolene por encima de la aponeurosis de los recto abdominales.

Es en este momento cuando se repara el cistocele en los casos que está indicado procurando no amarrar las suturas de prolene, sino hasta después de levantar el cuello de la vejiga al nivel necesario. A continuación se unen en forma supraaponeurótica los cuatro extremos del prolene mediante un doble nudo que se va apretando gradualmente hasta que el ayudante con dos dedos opuestos a los lados de la uretra indica que ésta se ha inmovilizado, entonces se afloja dicho nudo hasta permitir que la uretra se mueva aproximadamente 6 mm. de cada lado, hecho esto el cirujano amarra 6 veces los extremos del prolene.

Se completa la operación cerrando las incisiones en la piel abdominal y en el epitelio vaginal anterior, se deja sonda foley a permanencia y se coloca un empaque de gasa furacinada en la vagina, ambas se retiran 24hrs. después. Se indica un antimicrobiano por vía oral y antiséptico urinaria por 7 días, la paciente es egresada sin sonda, en caso de retención urinaria se egresa con ésta, se cita a la consulta externa en 7 días para retirarse ésta así como los puntos de sutura abdominal.

ANATOMÍA DE LAS VIAS URINARIAS

En el período embrionario de las 3-7 semanas de gestación cada riñón se desarrolla a partir de un borde que se forma en la pared dorsal del cuerpo afuera de la línea media. Estas zonas prominentes están compuestas de mesodermo intermedio y reciben el nombre de pliegues nefróglicos.

VEJIGA:

Las vías urinarias inferiores se dividen en un depósito que es la vejiga y una unidad esfinteriana que es la uretra. La pared de la vejiga está formada fundamentalmente por el músculo detrusor. La base incluye la región del trigono y los orificios ureterales.

La vejiga es un órgano musculoso hueco revestido por epitelio transicional. La base de la vejiga descansa sobre el segmento inferior del útero mientras que el trigono está sobre el tercio superior de la pared anterior de la vejiga. La pared anterior de la vejiga está en el espacio de Retzius, directamente detrás de la sínfisis del pubis.

La pared de la vejiga consta de 3 capas musculares: una longitudinal externa, una longitudinal interna y una circular media, las capas musculares de la capa de la vejiga forman dos fascículos en forma de "U", en direcciones contrarias, y el orificio uretral pasa en el punto medio de ambos. El fascículo externo de mayor tamaño sería el detrusor. Estos fascículos opuestos quizá funcionen en alguna forma para obturar el orificio proximal de la uretra en esta zona.

URETRA:

La uretra está por debajo de la vejiga. Incluye tejidos derivados de músculo estriado, músculo liso uretral y primordios trigonales, mide de 3-4 cms. de longitud de las mujeres. Comienza en la pared externa de la vejiga y llega hasta el meato externo. Formada por una capa circular delgada externa, que contribuye a la presión intrauretral, y longitudinal. Acorta la uretra durante la micción y facilita la adopción de la forma de "embudo".

El compresor de la uretra y el esfínter uretrovaginal están en la región del diafragma urogenital. Representado como el músculo transverso profundo del perineo.

Dentro de la submucosa uretral se observa una serie de glándulas tubulares anastomóticas, que expulsan secreciones al interior de la uretra, cerca del meato externo se encuentran los conductos de Skene.

Dentro de la uretra se advierte un plexo vascular extraordinariamente importante, ya que la oclusión del flujo arterial influyen en la presión de cierre uretral. Además son hormonosensibles.

INERVACION DE LA URETRA Y VEJIGA

La inervación de tipo autónomo de la uretra y la vejiga proviene del plexo pélvico. S2-S4. Los dos últimos segmentos dorsales y primeros lumbares aportan la inervación simpática. Dentro del músculo detrusor se observa un plexo extenso de nervios colinérgicos, parasimpáticos. Los músculos de la región del trigono reciben fibras adrenérgicas. El músculo liso de la uretra básicamente tiene inervación parasimpática.

Sistema Nervioso Autónomo:

Este controla las vías urinarias inferiores por sus acciones en ganglios, músculo detrusor y músculo liso de trigono y uretra.

Esas fibras preganglionares parasimpáticas, nacen de raíces tercera y cuarta sacra; emergen del músculo piramidal y están sobre agujeros sacros y penetran en la fascia presacra cerca de la espina ciática a nivel de la capa posterior de la vaina hipogástrica, sitio en que se contribuyen al plexo pélvico descrito. Las fibras parasimpáticas mencionadas terminan en ganglios dentro de la pared de la vejiga, situación vulnerable para una enfermedad de órgano terminal como sería el estiramiento o la infección.

La inervación del detrusor; las fibras postganglionares del nervio al detrusor almacenan agentes neurotransmisores que liberan acetilcolina, esto explica la resistencia a la atropina.

Plexo pélvico y nervio pudendo:

Se ha detectado con frecuencia cada vez mayor la relación entre lesión de nervio pélvico e incontinencia urinaria de esfuerzo, pueden sufrir lesiones como la disección por arriba del cuello uterino o por delante y afuera hacia el recto. La disección por arriba de la aponeurosis de Waldeyer permite protección mayor que la que se obtiene en sentido inferior lo cual quizá sugiere alguna ventaja de las vías de acceso abdominal en alguna de las técnicas del suelo de la pelvis.

El nervio pudendo puede resentir daño por una acción de Valsalva excesiva. El estiramiento de dicho cordón incluso en 12% de su longitud puede lesionarlo. Con el acto de pujar excesivamente en la defecación o en la segunda etapa del parto, puede ser factor etiológico en la incontinencia urinaria y anal.

Función motora de vejiga.

La inervación del detrusor principalmente de fibras B adrenal ocasionando relajación del músculo liso, uretra por fibras alfa adrenérgicas, ocasionan contracción.

DEFINICION:

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO:

Es la pérdida de orina en forma involuntaria a través de la uretra, intacta, como resultado de un mecanismo de cierre uretral incompleto durante el aumento de la presión intraabdominal, (risa, tos, estornudos, levantar cosas pesadas, esfuerzos etc.)

La incontinencia es una condición en la cuál la pérdida involuntaria de orina es un problema higiénico social y que es demostrable objetivamente. La emisión de orina por otras vías fuera de la uretra es denominada incontinencia extrauretral.

La incontinencia urinaria de esfuerzo denota:

1. síntoma: indica que la paciente refiere la pérdida involuntaria de orina cuando realiza un ejercicio físico.

2. signo: denota la observación de la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra inmediatamente después de un aumento de la presión intraabdominal. La condición incontinencia urinaria de esfuerzo; Es la pérdida de orina cuando la presión intravesical excede la presión uretral máxima en ausencia de actividad del detrusor.

La incontinencia de urgencia; es la pérdida involuntaria de orina asociada con un deseo imperioso de orinar. Se subdividen en motora cuando es debida a contracciones no inhibidas del detrusor y sensorial cuando obedece a otras causas.

La incontinencia refleja; es la pérdida involuntaria de orina debida a actividad refleja anormal de la médula espinal sin que exista la sensación habitualmente asociada con el deseo de orinar.

La incontinencia de rebosamiento o sobre flujo es la pérdida involuntaria de orina que se produce cuando la presión intravesical excede a la presión uretral máxima, debido a una elevación de la presión intravesical asociada con una sobredistensión de la vejiga con o sin actividad del detrusor.

El detrusor inestable; es aquel que muestra contracciones objetivas espontáneamente o bajo provocación, durante la fase de llenado, mientras que la paciente está intentando inhibir la micción.

El término Incontinencia Urinaria de Esfuerzo fué empleado por primera vez por Sir Eardley Holland y las primeras recomendaciones para su tratamiento fueron indicadas en 1864(5), (6).

En 1973, la International Continence Society (ICS). define la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en :

1. La incontinencia genuina de esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina que surge cuando la ausencia de contracción del detrusor, la presión intravesical excede de la presión uretral máxima.

2. La incontinencia refleja es la pérdida de orina por incontinencia del detrusor o relajación uretral involuntaria o ambos fenómenos, en ausencia de la sensación que casi siempre acompaña al deseo de orinar. El trastorno se ve sólo en mujeres con vejiga neuropática u otros problemas uretrales.

3. La incontinencia de rebosamiento es cualquier pérdida involuntaria de orina que se acompaña de distensión excesiva de la vejiga.

La continencia no depende de ángulos o ejes, sino de la presencia de resistencia adecuada en la uretra proximal que está situada en una posición suficientemente alta en la pelvis para que haya transmisión de presiones.

CAUSAS DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO:

Jeffcoate y Roberts (1952) han llamado sobre la importancia de la disposición anatómica de la unión uretrovesical de la uretra proximal en la incontinencia urinaria. Se ha dado particular importancia al ángulo uretrovesical posterior (normal 90 - 100 grados centígrados (10). (TABLA # 2).

EVALUACION DIAGNOSTICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Hay un importante número de métodos para evaluar las funciones de la vejiga y la uretra, los cuales pueden ser agrupados tal como se muestra en la (tabla # 3).

El interrogatorio es el de mayor importancia, ya que con él podemos diagnosticar la incontinencia urinaria de esfuerzo, con un alto porcentaje de seguridad. (7), Entre los métodos auxiliares de diagnóstico tenemos:

a) Longitud funcional de la uretra (6,11,16).

Con la paciente de pie la longitud de la uretra normal es 3-4 cm, en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo es menor de 3 cm.

b) Prueba de hisopo (4,6,9,11,12,13,17).

Con la paciente en decúbito supino se coloca en la uretra un hisopo de algodón lubricado hasta la unión uretrovesical y con vejiga llena, la introducción de éste normalmente tiene una dirección horizontal y al esfuerzo de pujo

se eleva sin rebasar los 30 grados sobre la horizontal. Positiva cuando el hisopo rebasa en reposo o al esfuerzo los 60 grados sobre lo horizontal) Prueba de Bonney (10) Consiste en elevar la uretra con los dedos índice y medio introduciéndolos en la vagina a nivel del ángulo posterior de la uretra y comprobar si esta forma al hacer esfuerzo la paciente, se escapa orina

URETROCISTOGRAFIA (10,11)

Actualmente no se usa en nuestro servicio; consiste en tomar placas laterales con la paciente en posición erecta, se aplica una cadena de rosario introduciendo en la uretra y según las alteraciones observadas se distinguen 2 tipos:

Tipo I Pérdida completa del ángulo uretrovesical posterior, pero el ángulo que forma la uretra con la vertical está conservado.

Tipo II. Pérdida completa del ángulo uretrovesical posterior y además el ángulo de inclinación de la uretra está aumentada o invertida por la rotación y descenso de la uretra.

CISTOSCOPIA : Se completa estudio con la medición del calibre uretral en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.

MATERIAL Y METODOS:

Se designa un protocolo de investigación y se catalogó como:

Observacional, descriptivo, longitudinal, abierto, y retrospectivo.

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional 20 de Noviembre, en la Clínica Urológica comprendiendo el periodo del 22 de octubre de 1989 al 30 de agosto de 1990, lapso en el que se recopilaron 70 expedientes en el Archivo Clínico de este hospital, cuyo diagnóstico preoperatorio principal fue de cistourethrocele grado II más rectocele grado I más Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, que se les corroboró con la prueba de Bonney positivo apreciándose al esfuerzo, descenso del cuello vesical, en algunos pacientes se les realizó la prueba del hisopo para observar alteración del ángulo uretrovesical, así como descartar infecciones de vías urinarias, contando con urocultivos negativos y que no hubiera ninguna patología uterina. Se les realizó a los 70 pacientes colpoperineoplastia anterior y posterior y uretrosuspensión con la Técnica de Pereyra.

Se revisaron los expedientes de las pacientes postoperadas a los 3, 6 meses y un año. Se les localizó en su domicilio por teléfono, se citaron a consulta y se les interrogó si continuaban con incontinencia urinaria si era esta mediata o inmediata o bien si habían tenido curación o mejoría si había sintomatología urinaria.

Se les solicitó urocultivo y se les dio tratamiento específico.

Asimismo, se observó el estado de cicatrización de la herida quirúrgica abdominal, se les realizó la prueba de Bonney y del hisopo y el grado de cistocele y rectocele.

Se eliminaron 7 pacientes las cuales no se localizaron los expedientes. De las 62 pacientes localizadas ninguna se excluyó del estudio.

RESULTADOS:

En el estudio realizado tuvimos un grupo de 70 pacientes postoperados con la Técnica Pereyra, de las cuales se excluyeron 8 pacientes que se encontraron sus expedientes, sin embargo no se localizaron para su evaluación de control.

La edad de las pacientes osciló entre los 30-74 años, predominando el rango de 40-49 años. A los datos obtenidos en este estudio se les aplicó el método estadístico de la Ji cuadrada.

Se observó que la correlación no era significativa para la eficacia de la Técnica Pereyra en cuanto al número de embarazos. Gráfica 1.

En cuanto a la edad de la paciente y paridad se observó que si hay correlación significativa con Ji cuadrada igual a 15.9, con una $P < 0.05$, Gráfica 2.

La relación de la edad con el peso de la paciente tuvo correlación significativa con Ji cuadrada igual a 0.21, con una $P > 0.30$, Gráfica 3.

La infección de vías urinarias que presentaron las pacientes no tuvo correlación significativa para la efectividad de la Técnica Pereyra con una Ji cuadrada igual a 1.20 y una $P > 0.8$, Gráfica 4.

Si hubo correlación significativa, a mayor edad de la paciente la prueba del hisopo es positiva, obteniéndose una Ji cuadrada igual a 18.35 y una $P < 0.02$, Gráfica 5.

La edad de la paciente tuvo correlación significativa, a mayor edad más recidiva, Gráfica 6.

El tiempo de la evolución de la cirugía no tuvo correlación significativa para la recidiva con $P > 0.3$, Gráfica 7.

De las 62 pacientes, 55 de ellas se les dejó 1 día la sonda, 6 duraron 5 días y a 1 de ellas 15 días, Gráfica 8.

Las complicaciones que se presentaron en este grupo de estudio se muestra en la Gráfica 9.

CONCLUSIONES:

En este estudio se incluyeron 70 pacientes postoperadas de colpoperineoplastia anterior y posterior con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, de las cuáles 8 se excluyeron por no haberse localizado.

De las 62 pacientes postoperadas con la Técnica Pereyra se valoró la frecuencia de complicaciones inmediatas y mediatas de la cirugía, presentándose un 14.5% de complicaciones, 8.1% por retención urinaria, 1.6% por perforación vesical, 1.6% por hemorragia de varices vulvares y el 3.2% dado por punción lumbar y choque anafiláctico.

A pesar de que en nuestro servicio no se cuenta con cistoscopia transoperatoria, se obtuvo un porcentaje bajo de complicaciones inherentes a la Técnica Pereyra. Grafica 9.

Del total de pacientes 55 (88.7%) duró 1 día con la sonda, presentando micción espontánea exitosa, 6 (9.6%) ameritó reinstalación de la sonda por 5 días y 1 (1.6%) ameritó 15 días, ambas por retención urinaria. (12).

Aunque considerando que el tiempo de seguimiento es corto, no nos atrevemos a afirmar una curación total, sino de mejoría.

De las 62 pacientes que llevan 3 o más meses de operadas, 30 (48.3%) refieren curación, 13 (20.9%) mejoría, en éstas se encontró infección urinaria agregada, dándose tratamiento específico todas con la prueba del hisopo negativo y en 9 (14.5%) persistencia de la incontinencia, considerando éstos como fracasos quirúrgicos, encontrándose en éstas que el 55.5% eran obesas, 88.8% eran perimenopáusicas y 77.9% presentó problemas de la estática pélvica (cistocele)

Estableciendose las condiciones preoperatorias, podemos determinar que la etiología de la incontinencia urinaria sea anatómica y no por disinergia del detrusor o bien por otra causa (fistulas, rebosamiento, congénita ó neurogénica)., descartandose problemas de la estática pélvica secundaria a hipoestrogenismo, obesidad. Se llevará a cabo una evaluación diagnóstica de acuerdo a las posibilidades de nuestro servicio, para obtenerse mejores resultados. Tabla II.

De nuestras 62 pacientes postoperadas con la técnica Pereyra 11 tenían cirugía previa. Ver Tabla I.

Es prudente aclarar que las cirugías fueron realizadas por médicos adscritos y algunas de éstas por el personal becario bajo supervisión directa.

Se encontró que en 10 pacientes del total refirieron al momento del interrogatorio "calambres y tirones" a nivel de la cicatriz quirúrgica abdominal irradiándose hacia genitales, dado esto probablemente por irritación de las fibras parasimpáticas que emergen a través del músculo piramidal.

R E S U M E N

Esta tesis se llevo a cabo como un estudio retrospectivo, abierto, longitudinal, observacional y descriptivo.

Se llevo a cabo en el servicio de Ginecologia del Hospital Regional '20 de Noviembre', en la clinica de Urologia, revisando 70 expedientes de pacientes postoperadas en un tiempo - 3, 6 y 12 meses de colpoperineoplastia anterior y posterior - con la tecnica Pereyra, por incontinencia urinaria de esfuerzo. A 62 pacientes se les localizo y se les interrogo, se exploraron observando estado de cicatrizacion quirurgica, pared vaginal, pruebas de Bonney y del hisopo. La edad de las pacientes oscilo entre 30 - 74 anos, con una media de 40 - 49 anos.

La mayoria de las pacientes curaron, otras mejoraron, relacionandose con infecciones urinarias agregadas.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Fothergill WE: On the pathology and the operative treatment of displacement of the pelvic viscera J. Obstet Gynecol. Br. Emp 13:410, 1908.
- 2.- Kelly HA. Incontinence of urine, in women. Urol Cutan Rev. 17:6, 1915.
- 3.- Pereyra AJ: A simplified surgical procedure for the correction of stress incontinence in women. West J. Surg Obstet Gynecol, 67:223, 1959.
- 4.- Iris de C, S y col: Cistouretropexia retropúbica en Incontinencia Urinaria de esfuerzo II Operación Pereyra modificada Ginec. Obstet Mex. 1986; 54:329.
- 5.- Marchant DJ: Urinary incontinence. Obstet Gynecol 1980 58
- 6.- Iris C.S. y Cal. Evaluación de la paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo. Obstet Gynecol 56:512 1988
- 7.- Danforth DN, Tratado de de Obstetricia y Ginecología 4a. edición Interamericana México, 1987.

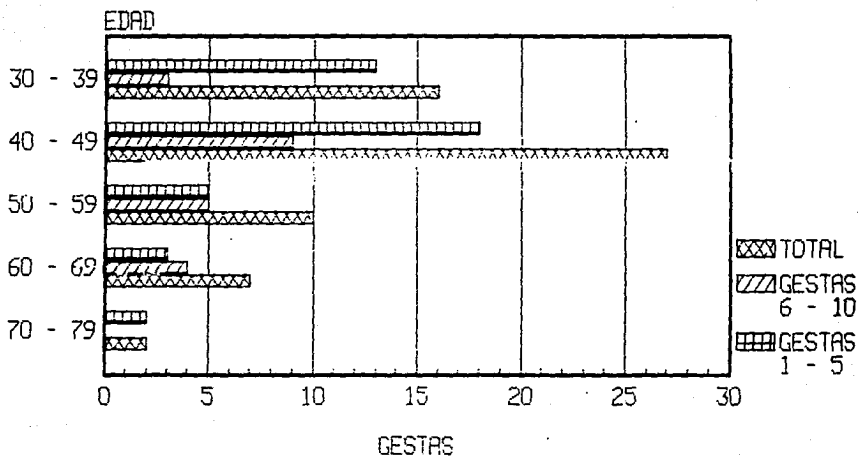
- 8.- Karram M.M, Bhatia N.N. Tranvaginal needle bladder neck suspension procedures for stress urinary incontinence: A comprehensive review *Obstret Gynecol* 73:906, 1989.
- 9.- Bergman A, Koonings PP, Ballard Cha. Negative Q-tip test as a Risk factor for failed Incontinence Surgery in Women. *J. Reprod. Med.* 34:193, 1989.
- 10.- Gonzalez Merlo, Tratado de Ginecología. 1989.
- 11.- Ontaneda J., Estudio comparativo entre la operación de Kelly y la operación de Pereyra como tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. Tesis de postgrado, 1-33 México 1990.
- 12.- Sahagún Q, J.A y Col: Incontinencia urinaria de esfuerzo. Técnica vaginal modificada por tunelización. *Ginecología y Obstetricia.* 55:149-155, México 1987.
- 13.- Peña S.M.S. y Col: Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. III operación de Burch. *Ginecología y Obstetricia.* 56:39-44, México 1988.
- 14.- Riggs, J.A. Retropubic Cystourethropexy. A review of two operative Produces with Long-Term, Follow-up. *Obstet. Gynecol.* 68:98-104, México 1986.
- 15.- Pow-sang J.M. Lockhart J.L, Suarez A., Lansman H., and Politano V.A., Female Urinary incontinence: Preoperative selection, surgical complications and results. *J of Urology* 1986. 136:831-833.

16.- Benson RC. Manual de Ginecología y Obstetricia 7a. edición Manual moderno, México 1985.

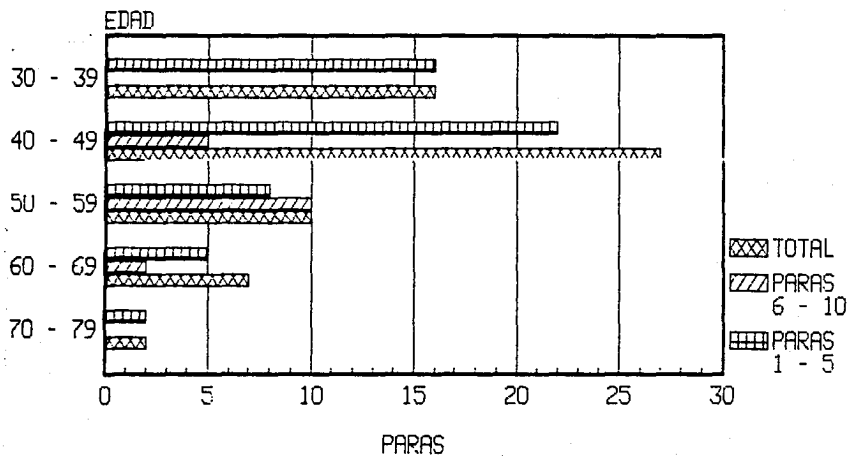
17.- Villalobos RM y Col: Uretrocistopexia retropúbica por vía vaginal. Informe preliminar. Ginecología y Obstetricia. 54:311-315, México 1986.

18.- Thiede H.A.,MD. Clinicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales. 16,4:707-718,835-844. Ed. Iberoamericana,México 1989.

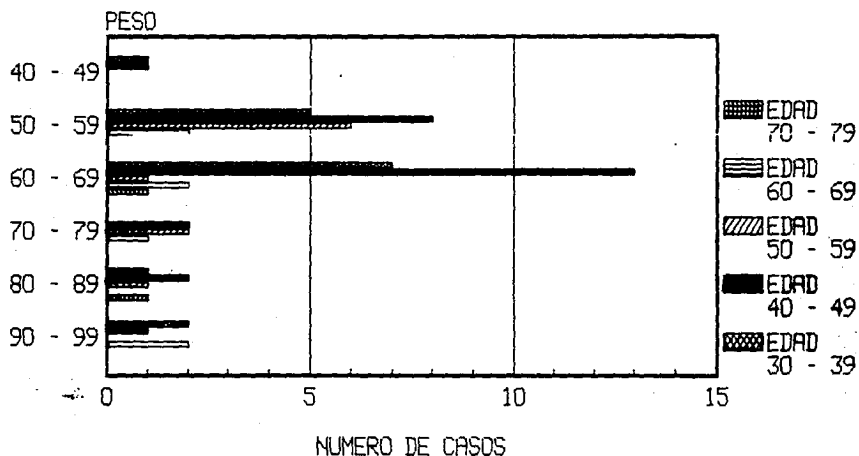
I.S.S.S.T.E
 HOSPITAL REGIONAL ' 20 DE NOVIEMBRE '
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 GRAFICA # 1



I.S.S.S.T.E
 HOSPITAL REGIONAL ' 20 DE NOVIEMBRE '
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 GRAFICA # 2

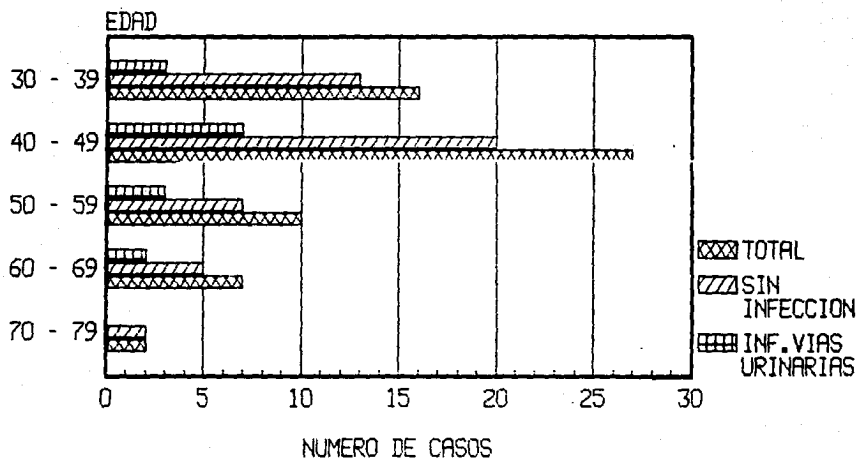


I.S.S.S.T.E
 HOSPITAL REGIONAL ' 20 DE NOVIEMBRE '
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 GRAFICA # 3

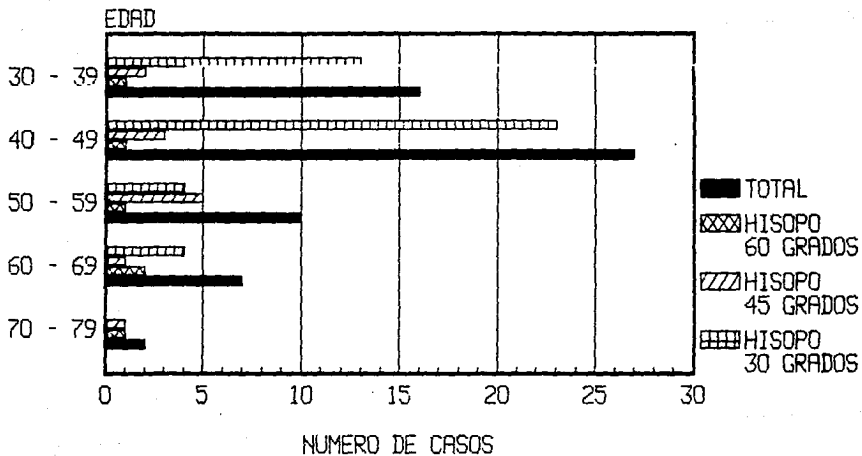


ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

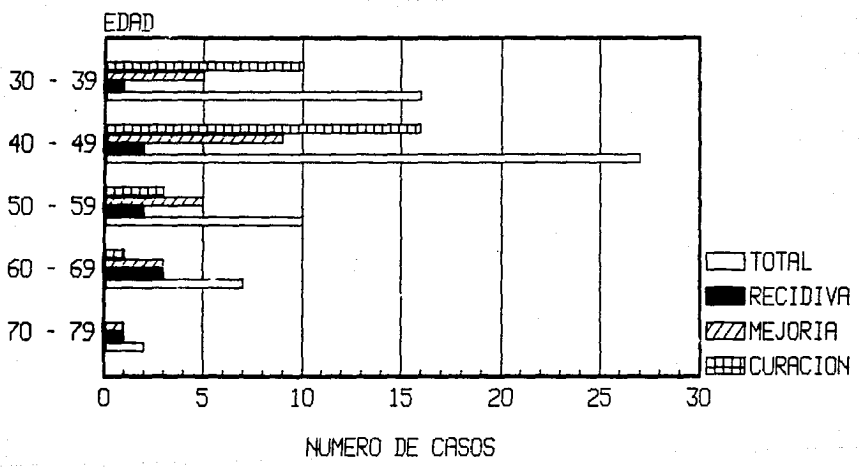
I.S.S.S.T.E
HOSPITAL REGIONAL ' 20 DE NOVIEMBRE '
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
GRAFICA # 4



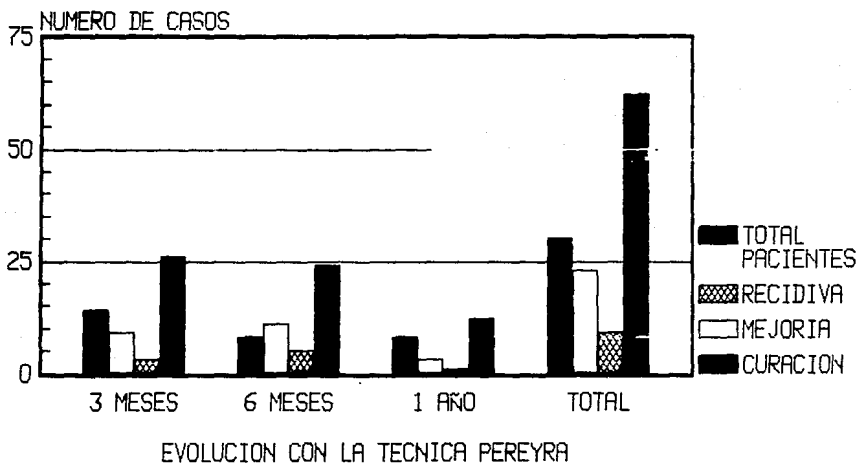
I.S.S.S.T.E
 HOSPITAL REGIONAL ' 20 DE NOVIEMBRE '
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 GRAFICA # 5



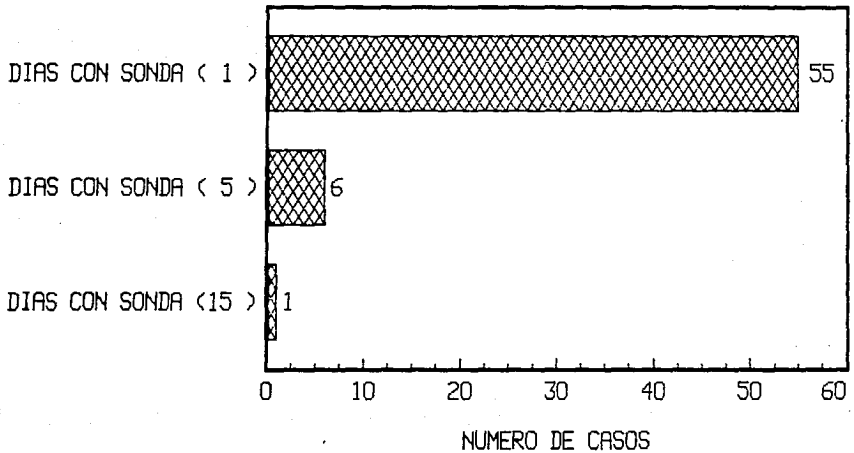
I.S.S.S.T.E
 HOSPITAL REGIONAL ' 20 DE NOVIEMBRE '
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 GRAFICA # 6



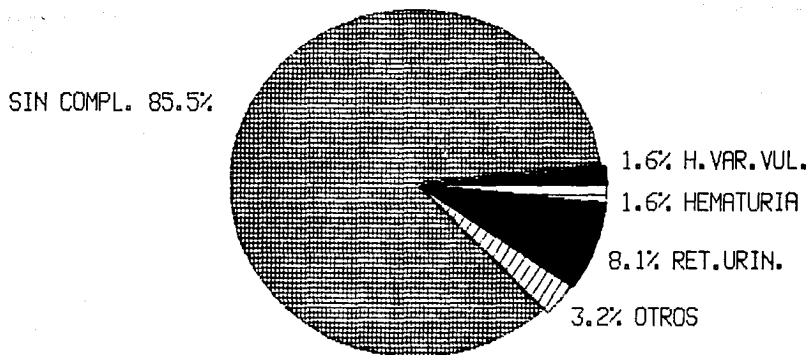
I.S.S.S.T.E
 HOSPITAL REGIONAL ' 20 DE NOVIEMBRE '
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 GRAFICA # 7



I.S.S.S.T.E
HOSPITAL REGIONAL ' 20 DE NOVIEMBRE '
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
GRAFICA # 8



I.S.S.S.T.E
HOSPITAL REGIONAL ' 20 DE NOVIEMBRE '
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
GRAFICA # 9



COMPLICACIONES

I. S. S. S. T. E

HOSPITAL REGIONAL ' 28 DE NOVIEMBRE '

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TECNICA PEREYRA

TECNICA PRIMARIA	CIRUGIA PREVIA
TOTAL DE PACIENTES 62	KELLY 3 PEREYRA 1 GITES 1 H.T.V 2 H.T.A 4

TABLA # 1

EVALUACION DIAGNOSTICA DE
INCONTINENCIA URINARIA

