

3
2ej 11246



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN UROLOGIA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO, S. S.

**“INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER
CORRECCION QUIRURGICA
CON LA TECNICA DE SHLOMO RAZ”.**

TESIS DE POSGRADO

Que para obtener el Título de:
ESPECIALISTA EN UROLOGIA

Presenta:

MC. ALBERTO BAZAN SOTO

Asesores de Tesis:

Dr. Carlos Viveros Contreras

Dr. Juan Antonio Lugo García

**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.

INDICE GENERAL

	Pág.
Antecedentes.....	1
Descripción de la población objetivo	6
Definición del tratamiento	
Objetivos	9
Hiótesis	11
Diseño del estudio	13
Grupo control	15
Grupo objetivo (características)	17
Criterios de exclusión	19
Instrucciones al personal (investigador)	20
Instrucciones para la enfermera	22
Formato de registro (laboratorio)	24
Material y métodos	26
Resultados	28
Discusión	31
Conclusiones	35
Tabla núm. 1	38
Tabla núm. 2	39

Tabla núm. 3	40
Tabla núm. 4	41
Tabla núm. 5	42
Bibliografía	43

ANTECEDENTES .-

La causa más frecuente de pérdida o salida involuntaria de orina por la uretra en la mujer es la incontinencia urinaria genuína de estrés o de esfuerzo anatómica (IUE) y en segundo lugar se encuentra la inestabilidad del detrusor de etiología no obstructiva, (1) Se estima que ambas representan de 90 a 95% de todas las causas de incontinencia urinaria en la mujer y pueden encontrarse simultáneamente en una misma paciente. La frecuencia de esta asociación se ha informado en 25%(2) a 61% (3). En 1975 Stamey señaló que 27 de sus 44 pacientes con IUE, tenían además urgencia e incontinencia.

La IUE se define, como la pérdida o salida involuntaria de orina a través de la uretra intacta provocada por un aumento de la presión intraabdominal de magnitud suficiente para considerarse socialmente molesta; 1,3 sobre esta base cabe considerar que el factor causal de la incontinencia es anatómico, relacionado con descenso del cuello vesical fuera de la pelvis y pérdida del ángulo uretrovesical posterior.

La Incontinencia debe desaparecer al corregir estas alteraciones anatómicas y recolocar el cuello vesical en su posición normal en el espacio retropúbico. No es posible curar con operación a las pacientes que presentan solamente incontinencia por urgencia o en quienes la pérdida de orina sucede de 10 a 20 segundos después del esfuerzo o del incremento de la presión intraabdominal y no coincide con éste; en estas pacientes el estímulo del esfuerzo provoca una contracción incontrolable e inevitable del detrusor que no puede inhibirse Hodgkinson, en 1965, fué el primero en identificar a estas pacientes y en designar a esta alteración con el término de "desinergia idio

pática del detrusor " actualmente se le conoce con el término de " Inestabilidad del detrusor ", se refiere a estas alteraciones, que no deben de confundirse con la IUE, quirúrgicamente curable. Sin embargo se menciona que aproximadamente un 30% de pacientes con IUE tienen también urgencia e Incontinencia y estas mujeres, se pueden curar de ambos problemas con la elevación quirúrgica del cuello de la vejiga. (1)

De acuerdo a los párrafos anteriores se desprende la importancia del diagnóstico y la selección adecuada de las pacientes que deben tratarse con el método Quirúrgico. Con lo cual se reducirá importantemente el porcentaje de fracasos.

El interrogatorio dirigido respecto a las características de la incontinencia anatómica quirúrgicamente curable es básico para diferenciarla de una alteración funcional u orgánica no relacionada precisamente con el esfuerzo.

La demostración objetiva se logra realizando exploración física y uroginecológica cuidadosa, complementada con la prueba de Marshall Marchetti o de Boney. (1946-1949).

Se recomienda que la paciente orine antes del examen y se registra el volumen de la micción, se coloca a la paciente en posición de litotomía y se realiza exploración cuidadosamente manual anotándose los datos de los hallazgos, se instala una sonda uretral No. 14 a 16 Fr. para medir la orina residual, una orina residual de 50 o más ml., sugiere la presencia de casi siempre de disfunción neurogénica, por lo que en éste caso se sugiere la realización de Cistometría.

La vejiga se llena en forma progresiva hasta el deseo moderado de orinar tratando de identificar durante el llenado si existen contracciones no inhibidas del detrusor o aparición de urgencia sensitiva o motora. Se retira la sonda y se confirma si hay incontinencia con maniobra de Valsalva, tos o estornudos, si continua y se valora el grado de Cistocele, Rectocele y U retrocele etc.

Si no se demuestra incontinencia, en la posición de decúbito dorsal, la mesa se inclina a 45° y se repite la maniobra; si ésta es negativa entonces la paciente se cambia a posición de pie. A continuación se intenta prevenir la pérdida de orina elevando el cuello vesical y la base, con el dedo índice en la vagina en dirección a la cicatriz umbilical, sin comprimir la uretra; si la prueba es positiva cabe afirmar que la incontinencia es quirúrgicamente curable. Se investigan también los reflejos anoperianales y bulvocavernosos y se valora la tonicidad del esfínter anal antes de concluir el estudio.

En resumen, los instrumentos necesarios para diagnosticar la IUE se reducen en un catéter uretral de polietileno, un frasco de solución salina isotónica, una jeringa, un equipo de venoclisis para el llenado vesical la uretrocistoscopia y el cistométrograma se realizará sólo bajo condiciones específicas.

El Uretrocistograma miccional se realizó para evaluar la posición de la vejiga la morfología de la vejiga y para evaluar los ángulos uretrovesicales, como ha postulado Green (4,5) quien basaba su decisión de elegir la vía quirúrgica acceso según la configuración del descenso del suelo

vesical por debajo de la línea de Drawn. (6) El Green tipo I podría corregirse por vía vaginal y el tipo II de Green debía ser operado por vía suprapúbica; se aplicará la uretrocistosuspensión en todos los casos de la clasificación de Green, demostrando la eficacia, independientemente del ángulo uretrovesical posterior o del tipo de descenso del cuello vesical, lo que representa una gran ventaja.

Se demostrará la utilidad del Uretrocistograma miccional como medida de control post-operatorio.

En las evaluaciones a largo plazo la colporrafia anterior con punto de Kelly sólo logra corregir el problema de 40 a 50% de los pacientes - que sufren incontinencia moderada grado I (4) y en los controles post-operatorios con cistouretrograma, la elevación del cuello apenas alcanza .8 a 1.1 cm (3).

Con la suspensión suprapúbica mediante la técnica de Marshall Marchetti-Krantz, que se describió inicialmente en 1949, se obtuvo curación - de 75 a 85% en los primeros informes (Marchetti 1956), lo cual significaba un porcentaje significativamente superior a cualquier otro procedimiento de la época más recientemente se ha informado de acuerdo a Krantz en 1980, 96% de éxitos, lo cual se reduce a 80% cuando se trata de pacientes ya operadas, Green revisó 230 pacientes operadas con esta técnica y encontró 97% (144 de 149) de curaciones, cuando ésta se realizó en forma simultánea con Histerectomía abdominal, pero sólo ocurrió 82% de éxito cuando se dejó el útero intacto, por lo que se recomienda la histerectomía para asegurar una mayor probabilidad de éxito. (3)

La operación de Burch (8) descrita en 1961, eleva el ángulo uretrovesical al suspender y unir la fascia perivaginal al ligamento de Cooper, en 1968 el autor notificó resultados satisfactorios en 93%, más recientemente, en una evaluación de 180 pacientes, el promedio de curación fué de 87% a un año y 86% a dos años y disminuye hasta el 76% cuando existen operaciones previas. (3)

Con la Técnica de la Uretrosuspensión con algunas modificaciones, a la técnica primordialmente según las recomendaciones del Dr. Shlomo Raz, incorporando la Endoscopia en control transoperatorio con lo cual pretendemos disminuir los casos de hipercorrección o de persistencia de la incontinencia por suspensión insuficiente, con lo cual logramos mejorar el índice de éxos en pacientes bien evaluados.

Demostramos las múltiples ventajas que representa este procedimiento sobre el resto de las técnicas de suspensión suprapúbicas tales como: Estancia Intrahospitalaria corta, Hemorragia mínima, Incidencia de Infecciones bajas, puede aplicarse simultáneamente con corrección de cistocele, Uretrocele, Rectocele, Enterocelo, Cirugías previas tanto abdominales como vaginales, disminución en el costo.

DESCRIPCION DE LA POBLACION OBJETIVO:

La población estudiada corresponde a la población no ubicada en tiempo y espacio.

Son los pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo que asistirá a la consulta de Urología del Hospital Juárez en el lapso de tiempo de Enero de 1989 a Febrero de 1991.

DEFINICION DEL TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Técnica.- Previo estudio del paciente, se interna la paciente un día antes del acto quirúrgico, sin medicación preoperatoria, una hora antes se prepara la pacientes, se le practica tricotomía de genitales y púba na, se canaliza con solución fisiológica o glucosada al 5%, con ayuno de 6 a 8 horas, previas a la cirugía, se realiza bajo anestesia regional BPD, se coloca a la paciente en posición de litotomía, DD. Se realiza un buen aseo de genitales con Isodine, se colocan campos estériles, cuidando de cubrir adecuadamente la región periana, se colocan dos puntos de seda para separar los labios vaginales del introito, se introduce una sonda de foley del No. 14 a - 16 Fr. a través de la uretra se introduce en el globo de la sonda 5 c.c. - de solución estéril, se evacua la orina de la vejiga, se identifica por palpación la unión vesico-uretral. En los casos en que solo se realizará Cistoscopia, se practica en la mucosa vaginal una insición en U invertida, cuando

existe cistocele muy importante se prefiere realizar incisión longitudinal en la pared anterior de la vagina, lo que permitirá colpoplastia y reducción del cistocele, al nivel de cuello de la vejiga la disección, se avanza por debajo de la pared vaginal anterior lateralmente en dirección del hueso púbico, hasta perforar y liberar la fascia endopélvica de su inserción en las ramas isquiopúbicas y se libera el espacio retropúbico con disección roma pasando el dedo índice. (2)

Se identifica y sujeta el tejido parauretral, con el ligamento pubouretral y la fascia endopélvica, en éste tejido se coloca la sutura de suspensión, (el cirujano debe de corroborar la integridad del tejido y que se tome suficiente tejido), mediante sutura no absorbible, Prolene de 0 ó del 1, en forma de jareta heliocoidal que se indica en el sitio inmediatamente proximal al cuello vesical, suele bastar con tres vueltas, se práctica el procedimiento en el lado opuesto. A continuación se realiza una incisión suprapúbica transversa de 3 a 4 cm, se separa el tejido celular subcutáneo hasta identificar la aponeurosis anterior de los rectos; con un dedo índice en el espacio retropúbico y otro por la incisión suprapúbica, se identifica el trayecto que seguirá la aguja a continuación los puntos de suspensión son trasladados a la incisión suprapúbica, la aguja se guiará con el dedo índice para evitar lesiones de la vejiga o de la uretra. A continuación se retira la sonda de foley, previa corroboración de las características del contenido vesical (orina), se realiza uretrrocistoscopia para verificar la colocación exacta de los puntos, con elevación suficiente del cuello vesical y la base de la vejiga,

así como descartar lesiones o penetración de uretra, vejiga y corroborar eyaculación normal de los ureteros al ejecutar tracción sobre los puntos. Se retira el cistoscopio y se suturan las incisiones vaginal con Cat-gut crómico - 000 y suprapúbica con seda 000.

Posteriormente se complementará el procedimiento con colpoperineoplastia posterior si es necesario. Se instala sonda de foley TU del No. 16 a 18 fr. la cual se deja por 48 o 72 hrs.

Se administra SMTX por 10 días a dosis farmacológicas. Pasadas 48 ó 72 hrs. se retira la sonda de foley TU, y se observa si la paciente presenta micción espontánea, se egresa en caso de no presentarla se reinstala la sonda por una semana más.

OBJETIVOS :

- 1.- Demostrar que la aplicación de una sutura, en la Uretrocis-
tosuspensión, es suficiente para mantener la continencia
Urinaria, en pacientes con IUE.
- 2.- Demostrar que la utilización de una sola sutura y el anu-
dar las porciones suprapúbicas de la misma cruzando la lí-
nea media, no altera el porcentaje de éxito esperado.
- 3.- Con el control endoscópico transoperatorio de la Uretrocis-
tosuspensión pretendemos controlar la tensión de la sutu-
ra por lo que esperamos que disminuya la incidencia de hi-
percorrección, persistencia de la incontinencia, la magni-
tud y duración del dolor suprapúbico.
- 4.- Con la clasificación de Green, en el estudio Uretrocisto-
gráfico en tipo I y II, con la aplicación de la técnica -
del Dr. Shlomo Raz, obtendremos porcentajes de éxito simi-
lares en los dos tipos.
- 5.- Determinar las ventajas de la técnica del Dr. Shlomo Raz,
con respecto a técnicas de abordaje suprapúbico, tomando
como parámetro tiempo quirúrgico sangrado transoperatorio,
retiro de sonda TU, infecciones en la herida quirúrgica,
estancia hospitalaria.
- 6.- Definir la Utilidad del Cistouretrograma miccional como
parámetro significativo en el control postoperatorio de
la suspensión vesical y uretral en pacientes con IUE.

7.- Determinar la utilidad de la prueba de Marshall, como maniobra clínica pronóstica en los pacientes con IUE.

8.- Determinar las complicaciones que suceden con mayor frecuencia en el transoperatorio cuando se aplica la técnica del Dr. Shlomo Raz, en pacientes que han tenido cirugía -previa correctora de incontinencia urinaria de esfuerzo,- por vía vaginal y suprapúbica.

9.- Demostrar si es realmente necesario, el uso de antibióticos pre y postoperatorios empleados de manera profiláctica.

HIPOTESIS :

- 1.- La aplicación de una sutura en la Uretrosuspensión, con técnica del Dr. Shlomo Raz, es suficiente para mantener la continencia.
- 2.- La tensión de la sutura suprapúbica, determinada por control endoscópico, determinará la magnitud y duración del dolor, así como el porcentaje de incidencia de hipercorrección o persistencia de la incontinencia.
- 3.- La técnica del Dr. Shlomo Raz, para la uretrosuspensión se puede aplicar a cualquiera de los tipos clasificados por Green.
- 4.- La prueba de Marshall, representa factor importante en la valoración preoperatoria de los pacientes con IUE, además de indicar los casos que son potencialmente susceptibles de corrección quirúrgica, por lo que representa valor pronóstico de éxito de la cirugía.
- 5.- El Cistouretrograma miccional, es parte importante del control postoperatorio del paciente, ya que indica cuando la suspensión ha sido suficiente, para mantener la continencia Urinaria.
- 6.- La técnica de la Uretrocistosuspensión del Dr. Shlomo Raz, se puede aplicar a pacientes con cirugía anterior correctora de incontinencia, por vía vaginal o abdominal así co

mo también en pacientes con Cisto-rectocele de cualquier grado con porcentaje elevado de éxito.

- 7.- Al aplicar la técnica quirúrgica del Dr. Shlomo Raz, en - pacientes con IUE, se reduce la morbilidad, la estancia - hospitalaria con respecto a técnicas con abordaje abdominal.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

CRITERIOS .-

Clasificación del estudio conforme a las características de la enfermedad.

Evolución : Crónica.

Comparabilidad de los grupos.

Grupo I-A. Objetivo.

Características : Tamaño de la muestra _____

- 1.- Prueba de Marshall positiva,- Decúbito dorsal a 45° de pie.
- 2.- Incontinencia Urinaria de esfuerzo; sin urgencia.
- 3.- Con o sin cirugía previa; Abdominal o vaginal.
- 4.- Con o sin Cistocele o rectocele.
- 5.- Cultivos negativos : Urinarios y cervicovaginal.
- 6.- Sin medicación preoperatoria; antibióticos.
- 7.- Cirugía con técnica del Dr. Shlomo Raz; modificada.
- 8.- Sin medicamentos postoperatorios: Antibióticos.
- 9.- Retiro de sonda TU a las 24 hrs, cuando no existan complicaciones; pj. lesión vesical, uretral etc. Características miccionales.
- 10.- Urocultivo a las 48 Hrs.

- 11.- Dolor suprapúbico; desde las primeras hrs. de postoperatorio con registro de información cada 24 hrs. de acuerdo al siguiente criterio leve + moderado ++ severo +++.
- 12.- Días de hospitalización.
- 13.- Cita a consulta externa 5 días posteriores al egreso; estado de la herida, dolor suprapúbico, con mismo criterio: leve + moderado ++ severo +++.
Solicitar cistouretrógrafa 2 meses después de la cirugía, Monitoreo de Urocultivo cada mes durante dos meses, cada seis meses seguimiento a un año.
- 14.- Otros.

GRUPO 1.- Control.

Características : Tamaño de la muestra _____

- 1.- Prueba de Marshall positiva.
- 2.- IUE, sin urgencia.
- 3.- Con o sin Cirugía previa; Abdominal o Vaginal.
- 4.- Con o sin Rectocele o Cistocele.
- 5.- Cultivos Urinarios; vaginales negativos.
- 6.- Con manejo de antibióticos preoperatorios.
- 7.- Cirugía con técnica del Dr. Shlomo Raz.
- 8.- Con manejo de medicamentos postoperatorios: Antibióticos.
- 9.- Retiro de sonda a las 24 hrs. de no haber complicaciones F.j.p. lesión vesical, uretral etc.
- 10.- Urocultivo a las 48 hrs.
- 11.- Dolor suprapúbico; desde las hrs. de postoperatorio con registro de información cada 24 hrs, de acuerdo al siguiente criterio: leve + moderado ++ severo +++.
- 12.- Días de hospitalización.
- 13.- Cita a consulta externa 5 días posteriores al egreso; Estado de la herida, si está infectada solicitar cultivo. Solicitar Cistouretritis y mic

cional 2 meses después de la cirugía.

solicitar UC; una vez al mes por dos meses, posteriormente cada 6 meses por un año. Seguimiento mínimo 6 meses, máximo dos años.

14.- Otros.

GRUPO 1-B. Objetivo.

Características : Tamaño de la muestra _____

- 1.- Prueba de Marshall Negativa.
- 2.- IUE, (puede haber urgencia).
- 3.- Sin Cirugía previa.
- 4.- Sin cistorectoceles.
- 5.- Cultivos: Urinarios y vaginales negativos.
- 6.- Con medicación preoperatoria: Antibióticos
- 7.- Cirugía con técnica habitual del Dr. Shlomo Raz.
- 8.- Con medicación postoperatoria: Antibióticos.
- 9.- Retiro de sonda a las 24 hrs. de posoperatorio: de no existir complicaciones; lesión vesical, uretral etc.
- 10.- Urocultivo a las 48 hrs.
- 11.- Registro de dolor suprapúbico a las 24 hrs. y 48 hrs., con el siguiente criterio; leve + moderado ++ severo +++.
- 12.- Días hospitalización.
- 13.- Cita a consulta externa 5 días posteriores al egreso; Estado de la herida; en caso de infección, solicitar cultivo. solicitar Cistoureterograma miccional del mes posterior al acto quirúrgico.

14.- Solicitar UC una vez al mes durante dos meses, posteriormente cada seis meses.

15.- Seguimiento mínimo 6 meses, máximo a dos años.

16.- Otros.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- Presencia de alteración Neurogénica de la vejiga.
- 2.- Contraindicación del procedimiento quirúrgico por alteración Cardio-pulmonar.
- 3.- Padecimientos obstructivos Urinarios inferiores: cuello Vesical, Uretra.
- 4.- Padecimientos Tuberculosis : Infecciones Vesicales que condicione sintomatología similar : Distitis Intersticial.
- 5.- Inestabilidad del detrusor.
- 6.- Otras causas de incontinencia como uretrocele ectópico, esfínter congénito defectuoso, radiaciones, fistulas vesico vaginal, Ureter ectópico.
- 7.- Cáncer CU. Uretral vaginal.
- 8.- Presencia de embarazo.
- 9.- Estado, de desnutrición acentuado.
- 10.- Lesión de esfínteres.
- 11.- Que el enfermo no acepte el procedimiento quirúrgico.

INSTRUCCIONES AL PERSONAL QUE FORMA PARTE DEL PROYECTO.

Instrucciones al personal Clínico.

Investigador :

Es obligación del Investigador o investigadores, verificar que el estudio de los pacientes sea completo; ya que los pacientes con protocolo incompleto no deben ser operados.

Cumplir con los parámetros de inclusión y exclusión planteados.

Atender las características del diseño del estudio, aplicar la técnica original del Dr. Shlomo Raz, en los pacientes que forman el grupo control y en el grupo I-B, objetivo; y la técnica modificada con control endoscópico transoperatorio en pacientes del grupo I-A.

Anotar en hojas especiales el tiempo quirúrgico, sangrado, complicaciones trasoperatorias, medidas resolutivas y hallazgos.

Supervisar la evolución postoperatoria de los pacientes, toma de muestras para laboratorio y retiro de sondas TU.

Características de la micción posterior al retiro de la sonda
TU normar el criterio en caso de retención de orina o incontinencia. Continuar
vigilancia estrecha de seguimiento de acuerdo a normas establecidas.

Enfermeras.

Especifica los cuidados del enfermo:

Ingreso de los pacientes.-

Los recibirá el Médico Residente del servicio de Urología el - que realizará revisión del protocolo de estudios de los pacientes para solicitar los análisis que carezca o impedir el internamiento del paciente.

Los pacientes que se internen se les asignará cama en el área hospitalaria.

Restricciones para los pacientes; ayuno a partir de las 8 a 6 hrs. antes del acto quirúrgico, de acuerdo a los servicios de apoyo que valoren al paciente, Cardiología, Medicina Interna, Anestesiología etc.

En la preparación preoperatoria; canalizar vena una hora antes de la cirugía, tricotomía de genitales y porción baja del abdomen si es necesaria.

Trasladar al paciente al quirófano en el momento en que se requiera.

Vigilar en el trasoperatorio, el drenaje adecuado de la sonda TU, anotar la Uresis y las características de la orina. .

Aplicación de medicamentos de acuerdo a indicaciones pre y -- postoperatorias, toma de muestra para UC. con técnica aséptica. Registro de SV en hoja especial. Estado del paciente a su egreso.

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SERVICIO DE UROLOGIA
IU DE E.

DATOS DE LABORATORIO
(Hoja de Informe Individual)

Nombre del paciente. _____ Exp. _____
Etapa del estudio. _____ Fecha. _____

	PRUEBA DE LABORATORIO	1a. Etapa	2a. Etapa	3a. Etapa
	COLOR			
D.	DENSIDAD			
G.	PROTEINAS			
L.	GLUCOSA			
	SEDIMENTO			
C.	BACTERIA AISLADA			
	NUM. DE COLONIAS			
B.	SENSIBILIDAD			
	HEMOGLOBINA			
H.	HTCO.			
	LEUCOCITOS			
N.	NEUTROFILOS			
	LINFOCITOS			

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SERVICIO DE UROLOGIA
I.U.E.

Estudios Especiales.

Nombre del paciente. _____

Número de Expediente. _____ Etapa de estudio. _____

Fecha. _____

Nombre del estudio	Normal	Especifique.
Urografía Excretora		
Uretrocistograma Miccional.		
Cistométrame		

MATERIAL Y METODOS .-

20 pacientes consecutivas, con edades de 22 a 61 años con un promedio de edad de 46 años, fueron operadas en el Hospital Juárez de México del año de 1989 a 1991.

Sólo cuatro pacientes tuvieron el antecedente de cirugía previa para incontinencia urinaria, se realiza solamente un procedimiento quirúrgico por cada paciente, aplicando la Técnica Quirúrgica del Dr. Shlomo Raz.

El grado de incontinencia fué dividido en tres grupos grado I, pérdida de orina solamente con esfuerzo severo tos, estornudos, levantamiento de objetos pesados.

Grado II, pérdida de orina solamente con esfuerzos mínimos, marcha posición erecta etc.

Grado III, pérdida de orina en todo momento independientemente de la actividad.

El grado de incontinencia de los 20 pacientes así como el porcentaje de cura y recidiva se encuentran incluidos en la tabla número 1.

Se prestó particular atención a la presentación de la urgencia urinaria acompañando a la incontinencia como parte de la valoración Clínica, en el 60% de los pacientes se presentó éste síntoma, documentándose infección urinaria por laboratorio en sólo 40% de las pacientes.

Todos los pacientes tuvieron orina estéril antes de la operación los pacientes que presentaron orina infectada recibieron tratamiento por varias semanas y a pesar de la orina estéril la incontinencia persistió.

Fué determinado el volúmen de orina residual antes de la operación, sólo una presentó orina residual importante 70 ml.

Todos los pacientes se les realizó evaluación radiográfica - incluyendo Urografia Excretora, Cistouretrograma miccional con placa lateral y de pie. En el preoperatorio y postoperatorio, el análisis de los estudios cistográficos incluía primeramente; posición de la vejiga en la base con relación a la línea de Drawn, la cual se traza del borde inferior del pubis a término de la 5a vertebra del sacro, el segundo punto es la medida del ángulo uretrovesical posterior, se clasificaron de acuerdo a los criterios de Green, el 70 p.c. Green tipo II. el 30% Green tipo I.

Se realizaron evaluaciones cistométricas utilizando catéter foley No. 14 a 16 fr. colocado en el interior de la vejiga a través de la uretra, llave de tres vías y un pevecímetro, introduciendo solución fisiológica a velocidad de 40 a 50 gotas por minuto.

La Incontinencia urinaria de esfuerzo fué un evento demostrable por examen físico, la pérdida de orina coincide exactamente con un aumento en la presión intraabdominal, se aplicó también la prueba de Marshall Marchetti.

La técnica operatoria, tiene por objetivo suspender el cuello de la vejiga en ambos sitios pasando un monofilamento de nylon del --

No. 0, hasta la fascia anterior del recto del abdomen, por medio de una aguja, dirigida digitalmente.

Resultado.

De los 20 pacientes operados entre enero de 1989 y febrero de 1991, presentamos los datos más relevantes del análisis y seguimiento de los pacientes, es importante referir las características de la población ya que el 90% de curación no es común para muchas operaciones que presentan mínima elevación del cuello vesical, de los 20 pacientes el 60% presentó incontinencia grado I, el 30% incontinencia grado II, el 10% grado III. Es decir incontinencia urinaria severa, 4 pacientes el 20% de la población, tenía el antecedente de cirugía previa, para incontinencia, el 100% de los pacientes presentaron órganos pélvicos íntegros, 5 pacientes de 20 - 25% presentó prueba de Marshall-Marchetti negativa, 2 pacientes con prueba negativa presentaron recidiva de la incontinencia urinaria. La orina residual al tiempo de la cateterización : 1 paciente tuvo 70 ml., 3 pacientes 30 ml., 2 pacientes 20 ml. el resto de pacientes no presentó orina residual 75%.

Se detectaron 2 pacientes con detrusor inestable, los cuales presentaron recidiva de la incontinencia, actualmente son manejados con anticolinérgicos, no se realizó medición de la uretra en el preoperatorio y postoperatorio por lo que no es posible establecer el alargamiento de la uretra como factor pronóstico. La presentación de infección urinaria se fundamentó únicamente en el 40% de los pacientes se identificaron los gérmenes causales los cuales son : E coli 70%, Cándida albicans 20% proteus vulgaris - el 10%. Solamente una paciente presentó infección urinaria en el postoperatorio.

torio, la evolución de la incontinencia urinaria fué de un año hasta de - 26 años; el 40% de pacientes con más de 10 años de evolución, el 60% entre 1 a 4 años, los hallazgos radiográficos en el uretrocistograma miccional fueron los siguientes: La medición del ángulo uretrovesical posterior en el preoperatorio, 16 pacientes 138°, 4 pacientes 143°, en el postoperatorio; 12 pacientes 76°, 8 pacientes 60°, (gráfica núm. 2). La posición de la base vesical con respecto a la línea de Drawn es la siguiente: en el preoperatorio; 15 pacientes - 19 mm, 5 pacientes -15 ml el postoperatorio; 15 pacientes + 35 mm, 5 pacientes + 39 mm.

El tiempo quirúrgico osciló entre 45 minutos y 90, con un tiempo quirúrgico promedio de 51 minutos, el sangrado transoperatorio se cuantificó de manera aproximada y se calculo entre 100 y 200 ml. De las -- complicaciones postoperatorias más frecuentes se registraron las siguientes, dolor suprapúbico en el cuál se presentó en el 10% de los pacientes durante aproximadamente 3 a 5 meses, sólo una paciente presentó infección urinaria en un sólo episodio, 2 pacientes recidiva de la incontinencia. 4 pacientes presentaron datos de hipercorrección por lo que portaron sonda - de foley TU, durante 7 días, al cabo de los cuales fue retirada, presentan do micción espontánea sin orina residual importante que considerará continuar con el cateterismo.

4 pacientes presentaron el antecedente de cirugía previa para incontinencia, cirugía de kelly, recidivaron entre uno y tres años posteriores a la cirugía.

El 60% de los pacientes, 12 presentaron incontinencia urina

ria con urgencia, se documento infección urinaria en sólo 20% de los pacientes.

2 pacientes accidentalmente en el transoperatorio se lesionó la vejiga, al realizarse la disección de la fascia endopélvica-sobre la rama isquiopúbica, estos pacientes presentaron el antecedente de cirugía para incontinencia por vía vaginal, se suturó la vejiga en dos planos, se colocó catéter de foley por 10 días al cabo de los cuales se retiró sin presentar problemas agragados.

El alta hospitalaria se efectuó entre el 2o. y 3er. día de postoperatorio, el 70% de los pacientes se egresó al 2o. día y el 30% al tercer día, el retiro del catéter uretral se realizó entre el 1o. y el 10o. día de postoperatorio, 2 pacientes, (10% a los 10 días, por lesión vesical transoperatoria, 4 pacientes (20%) de la población portaron sonda vesical por 7 días, por hipercorrección, 10 pacientes, (50%) de la población se les retiró la sonda de foley al 2o. día de postoperatorio, 4 pacientes el 20% se retiró la sonda de la uretra al 1er. día del postoperatorio.

DISCUSION.

La falta del control vesical constituye un problema de un número importante de mujeres. Las cifras de prevalencia varían de 15 a 35%, (9-10).

Las variaciones podrían atribuirse, a los criterios diferentes para definir la incontinencia, pero pueden también reflejar alteraciones en -- técnicas de muestreo y en las poblaciones. La incontinencia urinaria tiene con secuencias médicas, psíquicas y económicas.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema clínico y representa la salida involuntaria de orina cuando en ausencia de contrac-- ción del detrusor la presión intravesical excede de la presión intrauretral. En este proceso patológico existen muchos factores que pueden inducir una si tuación en que la presión intravesical exceda de la resistencia uretral en - ausencia de contracción del detrusor, en el cuadro núm 1-A, se enlistan un - grupo de factores que pueden contribuir a la incontinencia urinaria de esfuer-- zo.

El principal síntoma de esta patología, es la salida de orina durante el ejercicio, este síntoma es representativo de la incontinencia uri naria por esfuerzo, lo cual puede aparecer en diferentes situaciones, tales como infecciones; p.j. Tuberculosis urinaria, divertículo de la uretra fistu- la vesical, uréter ectópico, alteraciones neuropáticas de la vejiga. El sínto- ma de incontinencia con urgencia, representa la sensación de micción inminen- te antes de la salida de la orina. A pesar de que se refiere que es muy común

en los casos de inestabilidad del detrusor, en nuestra serie sólo se observaron dos casos de incontinencia urinaria secundaria a inestabilidad del músculo de la vejiga, con una presentación de incontinencia con urgencia de un 40% de pacientes.

En este trabajo se realizan evaluaciones clínicas completas a un total de 20 pacientes, las que acudieron a consulta externa de Urología - del Hospital Juárez de México, refiriendo como síntoma primordial salida de orina por la uretra involuntariamente al realizar esfuerzo, se realizaron un total de 20 procedimientos quirúrgicos, para suspender el cuello de la vejiga modificando la técnica inicialmente descrita por el Dr. Pereyra (11) que tiene como objetivo fundamental movilizar hacia el espacio retroperitoneal la uretra y el cuello de la vejiga, suspendiéndola con una sutura de monofilamento.

El seguimiento de los pacientes osciló entre 3 meses y 24 meses máximo.

Se realizará primero un análisis comparativo del éxito y el -- fracaso de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en este hospital, con los reportes de literatura mundial en 1980 el Dr. Stamey reporta en 203 pacientes manejados con suspensión del cuello vesical, endoscopia, por incontinencia urinaria, reportando un éxito del 91% con complicaciones mínimas en el postoperatorio, en 1981 Shlomo Raz, en el tratamiento de 100 pacientes 96 - tuvieron un excelente resultado - (2) , en 1983 este procedimiento fué aplicado en 250 pacientes con resultados similares, recientemente 52 de 55 pacientes es decir el 94% presentaron mejoría con la aplicación de la técnica de citouretrosuspensión con agujas, modificada por el Dr. Shlomo Raz. En nuestro reporte aplicando la misma técnica logramos un 6- . . . aproximadamente 90%

similar a los reportes analizados, con una morbilidad escasa, no se registraron infecciones en las heridas quirúrgicas, sólo una paciente con infección urinaria en el postoperatorio mediato, dos fracasos por inestabilidad del de--trusor, el mismo índice de fracaso obtenido por el Dr. Stamey en 1973.

Para comparar otros parámetros obtendremos información de un artículo publicado en 1982, del programa de urología de Harvard, escrito por Gittes y Lester, la información sometida a comparación y considerada como relevante es : días de estancia hospitalaria tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea en el transoperatorio, se elaborarán 3 tablas comparativas - con los resultados obtenidos en el Hospital Juárez de México.

Con respecto a la evaluación radiográfica con puntos de partida en las excelentes revisiones de Hodgkinsón (12) y Green (5) los cuales dieron la pauta a reportes con datos objetivos de la patología, de manera completa en el preoperatorio y postoperatorio, al revisar los citogramas laterales, de acuerdo a los reportes de Low en 1967, todos los pacientes que tuvieron -- una reparación de la pared vaginal anterior, fueron observados en los cisto--gramas solamente cambios mínimos a moderados en los controles postoperatorios, con registro de recidiva del 50% en el tratamiento de la incontinencia urinaria, no se encontró una relación significativa entre el descenso y ascenso del cuello vesical lo que fué en promedio de 1 cm. en estos pacientes.

Nuestros cambios radiográficos son expuestos en la tabla núm. (2), donde se exponen el descenso del piso vesical en el preoperatorio ángulo vesico-uretral posterior y elevación del cuello vesical en el postoperatorio desafortunadamente no encontré datos significativos con resultados de la

operación de Marshall-Marchetti, con revisión del cistograma lateral en el preoperatorio y postoperatorio, que puedan compararse con nuestra serie, sin embargo si es posible realizar análisis comparativo entre la suspensión endoscópica del cuello vesical, con resultados publicados por Stamey en 1985, en estudios realizados en la Universidad de Stanford California, donde se realizaron 34 procedimientos quirúrgicos en mujeres con una edad promedio de 60 años, donde se reportaron tres fallas en pacientes que presentaban urgencia miccional con incontinencia urinaria de esfuerzo. Las cuales tenían el antecedente de cirugía previa para incontinencia, con elevación del cuello vesical en promedio de 37 mm en el postoperatorio, con controles cistográficos similares a el obtenido en los pacientes con éxito en la cirugía, sin embargo al igual que nuestra serie puede ser que no fuera clásicamente una incontinencia urinaria de esfuerzo, al respecto Bates y asociados (13) reportan 58 de 81 pacientes con contracción espontánea del detrusor lo cual es persistente en una o más operaciones, pero en análisis postoperatorios en cistogramas informar que no se realizó una adecuada suspensión del cuello de la vejiga, Hodgkinson y colaboradores (12), reportan una incidencia del 8.7% con disinerxia del detrusor en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, lo que parece lógico de aceptar, ya que los cistogramas de control de ambas series - Universidad de Stanford y Hospital Juárez de México se obtuvieron con características normales en cuanto a elevación del cuello vesical y base de la vejiga con respecto a la línea de Drawn, además de existir el acompañamiento de urgencia miccional en la incontinencia urinaria.

Lo que permite señalar que debe de existir una selección adecuada del paciente que se someterá a cirugía por incontinencia urinaria de -

esfuerzo.

CONCLUSIONES.

Las ventajas que presenta la cirugía de suspensión del cuello vesical, de acuerdo a la modificación realizada por el Dr. Shlomo Raz, con las consideraciones que emanan de la casuística y de los resultados de la experiencia inicial del Hospital Juárez de México en dos años de su aplicación en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Técnica quirúrgica segura con un porcentaje de éxito que oscila entre un 90% a 96% de acuerdo a lo publicado por Raz en 1983, con índice de éxito mayor que otras técnicas 91% publicado por Stamey en 1980 con técnica endoscópica.

Puede ser aplicada en pacientes que tienen el antecedente de procedimientos quirúrgicos realizados para corrección de incontinencia urinaria con índice de éxito por arriba del 90%, con morbilidad baja, la complicación transoperatoria más frecuente fue la lesión vesical al realizar la disección del tejido adherido a la rama isquiopúbica.

Presenta una morbilidad baja, sólo se presentó hipercorrección en aproximadamente el 30% de los pacientes.

Tiempo quirúrgico corto un promedio de 51 minutos por paciente.

Con una pérdida sanguínea transoperatoria mínima de aproxi-

mación de un promedio de 72.5 ml. comparada con la cirugía retropúbica, tipo Marshall-Marchetti-Krantz, donde se reporta una pérdida sanguínea de aproximadamente 164 a 197 ml por procedimiento. Los días de estancia hospitalaria con un promedio de 2.2 de acuerdo a resultados obtenidos en el Hospital Juárez de México, en el 70% de los pacientes es factible de retirar la sonda de foley Transuretral en las primeras 48 hrs.

Los estudios radiológicos empleados, como la urografía excretora no reportó datos importantes en el 100% de los pacientes, las mediciones laterales de los cistogramas preoperatorios y postoperatorios únicamente revelaron datos que muy posible nos orienten a identificar algunos errores técnicos en la realización de la cirugía; cuando la suspensión es insuficiente, o que continúe alterando el ángulo uretrovesical posterior o eje uretral. Sin embargo el porcentaje de éxito no se altera al intervenir quirúrgicamente pacientes clasificadas como Green tipo I o tipo II.

En este momento no es posible determinar la confiabilidad de la prueba de Marshall como maniobra diagnóstica y pronóstica ya que no tenemos resultados significativos. Con respecto al uso de antibióticos en el postoperatorio no se llevaron adecuadamente los controles por laboratorio, por lo que en este momento no es posible concluir este rubro.

Se continuarán en el futuro el seguimiento de las pacientes tratadas mediante esta cirugía, para determinar a largo plazo la confiabilidad de los hallazgos que hasta este momento hemos obtenido en este Hospital Juárez de México.

Se realizará mayor énfasis en el estudio preliminar de nues-

tros pacientes para seleccionar con mayor detalle y acierto a los pacientes candidatos a cirugía por problema de incontinencia urinaria, se afirmarán los parámetros urodinámicos para determinar con mayor finura las alteraciones neuromusculares de la vejiga.

Es posible retirar el catéter uretral, en las primeras 24 hrs. del postoperatorio, cuando no este justificado el prolongar su permanencia en las vías urinarias, p.j. hipercorrección o lesión de la vejiga o de la uretra.

El egreso hospitalario de los pacientes sometidos a cirugía por incontinencia urinaria de esfuerzo, es posible egresarlos en las primeras 24 a 48 hrs. ya que es una cirugía que se acompaña de muy poca morbilidad transoperatorio y postoperatoria.

El inciso de hipercorrección que inicialmente se pensó que -- disminuía con la aplicación del control endoscópico transoperatorio no fué posible valorarlo en esta etapa inicial.

TABLA NUM. 1

Grado de Incontinencia en el preoperatorio en relación con el resultado postoperatorio.

	Grado I	Grado II	Grado III
Cura sin operación previa (14)	11	02	01
Cura con operación previa (04)	02	02	00
Falla sin operación previa (02)	01	00	01
Falla con operación previa (00)	00	00	00

Hospital Juárez de México

1989 - 1991

Servicio de Urología

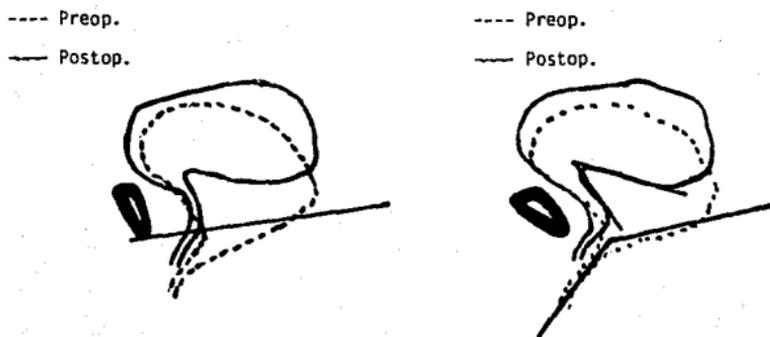


TABLA NUM. 2

Análisis preoperatorio y postoperatorio de los cistogramas laterales; de la posición de la base posterior de la vejiga y ángulo vesico-uretral posterior.

Núm. de Pts.	Preoperatorio.	Postoperatorio.
A. Posición de la base posterior de la vejiga		
15 pacientes.	- 19 mm. (-40, -5 mm)	+ 35 mm (+10, +45 mm)
05 pacientes	- 15 mm. (-15, -20 mm)	+ 39 mm (+10, +60 mm)
B. Angulo posterior vesico-Uretral.		
16 pacientes	138° (70°, 210°)	76° (30°, 62°)
04 pacientes	143° (92°, 180°)	60° (16°, 72°)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Evaluación de los tres procedimientos revisados; de Pereyra-Stamey, b. Marshall-Marchetti-Krantz c. suspensión cuello vesico-uretral con técnica de Shlomo Raz.

TABLA NUM. 3
Días de estancia Hospitalaria

	No. Pts.	Total de días Pts. y promedio
<u>Procedimiento Pereyra-Stamey</u>		
Hospital Beth Israel	12	86 (7.2)
Hospital para mujeres, Boston	18	100 (5.6)
<u>Marshall-Marchetti-Krantz</u>		
Hospital Beth Israel	19	208 (10.9)
Hospital para mujeres, Boston	18	169 (9.4)
<u>Citoretrosuspensión Shlomo Raz.</u>		
Hospital Juárez de México	20	44 (2.2)

TABLA NUM. 4
Tiempo Operatorio

	No. Pts.	Total de Hrs. promedio
<u>Procedimiento Pereyra-Stamey</u>		
Hospital Beth Israel	12	25.4 (2.12)
Hospital para mujeres, Boston	18	39.1 (2.18)
<u>Marshall-Marchetti-Krantz</u>		
Hospital Beth Israel	19	47.6 (2.51)
Hospital para mujeres, Boston	18	37.4 (2.08)
<u>Cistouretrosuspensión Shlomo Raz.</u>		
Hospital Juárez de México	20	19.1 (0.51)

TABLA NUM. 5
Pérdida Sanguínea transoperatoria

	No. Pts.	Total en c.c. promedio
<u>Procedimiento Pereyra-Stamey</u>		
Hospital Beth Israel	08	555 (69)
Hospital para mujeres, Boston	15	1175 (78)
<u>Marshall-Marchetti-Krantz</u>		
Hospital Beth Israel	18	2952 (164)
Hospital para mujeres, Boston	15	2957 (197)
Hospital Juárez de México	20	1450 (72.5)

Gittes, Lester.,Harvar Medical
School J.Urol. 1982

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Backer, M.H.Jr.; Probst, The Pereyra procedure: favorable experience with 200 operations. Am J. Obstet. Gynecol., 1976; 125:346.
- 2.- Raz, S : Modified Bladder neck suspension for female stress incontinence. Urology, 1981; 17:82
- 3.- Shortliffe, L Stamey, T.A.: Urinary incontinence in the female stress urinary incontinence. En Walsh, P.C.: Gittes R.F.; Perlmutter, A. D. - Stamey T. A. (eds): Campbell's Urology 5a. ed., Vol. III, Philadelphia, W. B Saunders Co., 1986. Pág. 2600.
- 4.- Green, R.H. Jr.: The problem of urinary stress incontinence in the female, An appraisal of its current status. Obstet. Gynecol. Surv., - 1968: 23:603
- 5.- Green, Th.Jr.: Urinary Stress incontinence; pathophysiology, diagnosis and classifications, Gynecologic. and Obstretic Urology. Philadelphia. WB. Saunders Co. 1978
- 6.- Stamey, M.D.J.; Schaeffer, Clinical and Roetgenographic evaluation - of endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. Surgery, Gynecology and Obstetrics, march 1975, vol 140 pp. ---- 335-360.
- 7.- Marshall, V.F.: VAughan, E.D.: Pernell, JP.; Suprapubic vesicouretral suspension (Marshall-Marchetti-Krantz) for stress incontinence. En - Walsh P.C et al. (eds.): Campbell's Urology vol. 3., 5a Ed., Phila--

- delphia, W.B. Saunders Co. 1986. pág. 2711
- 8.- Burch, R.E Uretrovaginal fixation to Coopers ligaments for the correction of stress incontinence. Am. J. Obstet. Gynecol., 1961; 81:281
 - 9.- Diokno A. C. Brock BM, Brown D; Prevalence of urinary incontinence - and other urology symptoms in the non institutionalized patient. J Urol. 136;1022.1982
 - 10.- Thomas T.H. plymat Kr.,Blanin J et al. prevalence of urinary incontinence Br.Med.J. 281: 1243,1986
 - 11.- Pereyra AJ. A. Simplified Surgical Procedure for the Correction of - stress incontinence in women, West J. Surg. Obstet. Gynecol 67: 223, 1959
 - 12.- Hodgkinson C.P. Urinary stress incontinence in the female surg. Gynecol Obstet. 1963 6:154
 - 13.- Bates C.P., Whitteside, Cg and Turner Warwick R Synchronous cine pressure flow-Cisto-Uretrography with especial referencia a stress and urge-incontinence. Br J. Urol. 1970, 42:714
 - 14.- Hodgkinson, C.P.: Stress urinary incontinence, 1970 Am. J. Obstet. - Gynecol. Obstet., 1970; 108:1149
 - 15.- Hodgkinson, C.P.: Stress urinary-incontinence in the female surg. Gynecol. Obstet. 1965; 120:595
 - 16.- Fein, R.L.: Increase your accuracy in performing Pereyra procedure. - Urology, 1985; 25:538
 - 17.- Leach. GE.; Raz,S.:Modelo de Pereyra bladder suspension after - previously failed anti-incontinence surgery. Urology. 1984; 23:359.

- 18.- Low, J.A. Management of anatomic urinary incontinence by vaginal repair. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1967 97:308
- 19.- Stamey T.A. Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1973., 136:547
- 20.- Litvak, A.S.; Mc-Roberts, J.W A modified Pereyra procedure for urinary stress incontinence. *J Urol.*, 1974 112:89.
- 21.- Stamey T.A. Endoscopic suspension for the vesical neck for surgical - curable urinary incontinence in the female. *Monogr. Urol.* 2:65 1981.
- 22.- Stanton, S.L., and Cardozo, L.: Results of colposuspension operation for incontinence and prolapse. *Br. J Obstet. Gynecol.*, 86:693. 1970
- 23.- Marchetti, A.A. Marshall, V. F. and Shultis L. D. simple vesicouretral suspension for stress incontinence of urine *Am J Obstet. Gynecol.*, 74:57, 1957.