

11217 93  
2e

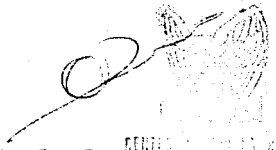
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA DISTOPIA  
URETROVESICAL. SU MANEJO QUIRURGICO.

TESIS CON  
FALLA



T E S I S

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA  
Instituto de Investigaciones y Estudios Superiores en Ciencias de la Salud  
Instituto de Investigaciones y Estudios Superiores en Ciencias de la Salud

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Dr. J. Braulio E. Otero Flores

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Donato Ramirez Jiménez



IMSS

México, D F

1992  
1992



## **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.

## C O N T E N I D O .

INTRODUCCION	Pág. 1.
MATERIAL Y METODOS	Pág. 5
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	Pág. 7
DISCUSION	Pág. 28
CONCLUSIONES	Pág. 35
BIBLIOGRAFIA	Pág. 37

---

## LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA DISTOPIA URETROVESICAL SU MANEJO QUIRURGICO.

### INTRODUCCION.

A pesar de existir un caudal de conceptos en la literatura médica, sobre la etiopatogenia de la perdida involuntaria de orina en la mujer, aun no se cuenta con un criterio uniforme en los métodos diagnósticos, y por ende tampoco en el tratamiento médico-quirurgico; dandose como resultado un indice alto de fracasos que varian del 10 al 55%. (1,2,7,8,18).

Así el ginecólogo se encuentra ante un amplio y difícil problema pues no solo el factor anatómico es el contribuyente o responsable de la incontinencia urinaria (IU), con diversos grados de cistocèle, modificaciones de los angulos uretrovesicales etc., valorados en forma estática, sino que estan involucrados otros factores como el inflamatorio, endocrino-metabólico, psiconeurógeno, etc., que presentan como un comun denominador a la IU.

En 1954 Ullery publicó una revisión colectiva que enumera ba 50 procedimientos quirurgicos para la corrección de la IU, manifestandose con esto la confusión que existia en este campo. Sin embargo la discusión continua acerca de la naturaleza exacta del defecto anatómico que produce la IU, su causa y por lo tanto su corrección. Los estudios de Jeffcoate en Gran Bretaña, Hodgkinson, Green (6,7,9,10) y otros en este continente han dado nueva luz sobre la materia. Hodgkinson ha señalado que el éxito de un procedimiento, depende de la habilidad del cirujano, y que con frecuencia su fracaso es el resultado de una técnica deficiente al realizar la operacion proyectada.(1) Y de acuerdo a la mayoría de los autores, diversos procedimientos

quirurgicos producen del 80 al 90% de resultados satisfactorios en el tratamiento primario de la IU (pacientes sin cirugía previa para IU). En otros reportes las tazas de curación varían del 55% (con el procedimiento de Pereyra)(17), hasta el 95% con procedimientos como el de Marshall (15) Marchetti. En series mixtas con casos primarios y casos con cirugía previa (Incontinencia recidivante), la tasa de curación alcanza del 73-84%. Los autores que reportan el uso específico de la colporrafia anterior, o del procedimiento de Marshall-Marchetti para el tratamiento de la IU recidivante, dan generalmente resultados no halagadores con tazas de falla del 37 al 60%, siendo que estas tazas de falla aumentan paralelamente al número de procedimientos quirurgicos previos. Cuando se practica una colporrafia anterior o un procedimiento de fijación ventral por una persona habil y competente, y la IU recurre, el problema subyacente más probable ( aparte de la sobreactividad del Detrusor) es la mala calidad de los tejidos de sosten del piso perineal.(2)

Algunos investigadores como el Dr. Beck (3), han tratado de responder algunas preguntas sobre la IU de la mujer, estableciendo algunos puntos de vista como :1.= que la menopausia, el embarazo, el daño quirurgico, son factores precipitantes mayores en el desarrollo de IU y ejercen su influencia especialmente en mujeres que presentan una debilidad inherente en el mecanismo de la continencia urinaria;2.=Que la IU no es causada por una uretra acortada; 3.= Que el uretrocele y el cisto-uretrocele estan asociados con el 90% de los casos de IU, mientras que el desarrollo único de cistocele, se asocia a una baja incidencia de IU; 4.=Que no hay correlación positiva entre una relajación de la pared anterior y la frecuencia de IU; 5.=Que la teoria de Enhorning de la continencia urinaria normal se confirma con los registros de presión

simultanea intrauretral e intravesical; 6.=Que se encuentran las pacientes que presentan IU con uno o más de tres patrones anormales de presión, por lo que pueden ser clasificadas como demostrativo de a) pobre sosten uretral, b) presión intrabdominal alta y c) efecto de tejido cicatrizal periuretral; 7.= Que tales estudios de presiones simultaneas intrauretral e intravesical, pueden ayudar en la valoración de la operabilidad y/o de los requerimientos operatorios de las pacientes con IU.(2).

El hecho de una operación fallida previa reduce las posibilidades de cualquier operación subsecuente, y esto es ampliamente reconocido (3). El prolapso y la IU pueden o no coexistir y no estar relacionados directamente, debido a que en algunas pacientes el prolapso al producir una ditorsión vesicouretrouaginal, aumentan la resistencia a la salida de orina. --- Existe evidencia adicional que los resultados de la operación estan comprometidos por la inestabilidad del Detrusor (contracciones involuntarias del mismo), y por una historia de operaciones previas fallidas para la corrección de esta IU. Las cifras tambien sugieren que la presencia de prolapso vesicouretrouaginal condiciona un menor éxito en estas operaciones, no así cuando el prolapso esta ausente(3).

En casos de sobreactividad del Detrusor, los autores reportan una falla con la cirugía del 54.5%(4)..

La IU es la perdida involuntaria de orina a través de la uretra intacta, como resultado de un aumento repentino de la presión intrabdominal. Se ve agravada por la posición erecta, al levantar objetos pesados, y con afecciones pulmonares crónicas caracterizadas por un esfuerzo respiratorio aumentado.

La IU no clínica, ocurre en más del 50% de las mujeres nu

liparas, pues la IU clinica es la perdida de orina frecuente y en cantidades suficientes para hacerse socialmente embarazosa. El control voluntario es posible unicamente cuando han sido suspendidas todas las contracciones involuntarias del musculo Detrusor. Este es un proceso que se presenta mediante el entrenamiento en la niñez. Se ha presentado evidencia cientifica que ha establecido experimentalmente la posibilidad de que las funciones del musculo liso y glandulas controladas -- por el sistema nervioso autónomo, puedan ser aprendidas a través de un sistema de entrenamiento de estimulo-recompensa..

El cliché : "Haz una plastia vaginal primero y si te falla ve hacia arriba", es una politica que debe ser relegada a la antigüedad. Disponemos actualmente de métodos clinicos y paraclinicos que permiten seleccionar la operación más adecuada para cada paciente desde la primera vez.

## MATERIAL Y METODOS.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No 3, del Centro Médico "La Raza", del I.M.S.S., dentro del servicio de Ginecología (Endoscopias) asistieron 500 pacientes a la consulta externa del mes de abril de 1977 al mes de abril de 1978, para ser valoradas del problema de su IU, y clasificadas de acuerdo a su etiopatogenia, seleccionandose así 32 pacientes que fueron intervenidas para la corrección de su IU, en donde se valoró que el trastorno anatómico pelvico-perineal que presentaban era el factor causal de la misma, habiendose descartado o corregido otros factores involucrados.

La valoración postoperatoria se efectuó a los 12, 16 y 18 meses de la cirugía, auspiciandonos para la revisión de estos casos del servicio de trabajo médico-social, para citar mediante telegrama a las pacientes seleccionadas, y asimismo del departamento de archivo clínico para efectuar la revisión de los expedientes de las pacientes en estudio.

En todas las pacientes se efectuó interrogatorio y estudio clínico completo con especial énfasis al aparato urogenital. Se efectuaron exámenes paraclínicos de laboratorio y gabinete: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, cultivo de secreciones genitales, urocultivo, citología cervicovaginal (inflamatorio-hormonal) y estudio cistoscópico. En algunos casos cuando los hallazgos lo ameritaron por la presencia de datos de infección de vías urinarias altas, se efectuó urografía excretora para descartar o confirmar esta entidad.

Para los cultivos de secreción genital se utilizó el medio sólido de Nickerson (para monilias específicamente) y uno líquido como vehículo (B.H.I. caldo cerebro corazón de buey).



Posteriormente siembra por 24 hrs de una muestra para urocultivo en gelosa sangre ( en que se desarrollan aerobios gram positivos y negativos, así como hongos), y cuando se considero positivo el urocultivo ( + de 100 mil colonias de bacterias/ml) se efectuó antibiograma.

Para el exámen cistoscópico fue utilizado un Cistoscopio - 21F, con visión retrograda en angulo recto de 45°, con fuente de luz ACMI (FCB 1000). Unicamente se requirió hacer asepsia y antisepsia locales previas al estudio, no siendo necesario en ningun caso utilizar anestésico.

Cuando en esta valoración se agregó algun otro factor en la IU, no anatómico posterior a la cirugía, fue manejado y corregido para un mejor análisis.

## RESULTADOS.

Edad: Como puede observarse la mayoría de las pacientes sometidas a cirugía se encontraban entre la cuarta y quinta década de la vida, correspondiendo el 43.75% entre los 31 a 40 años y el 28.12% entre los 41 a 50 años. La menor tenía 29 años y la mayor 74.

CUADRO No 1  
EDAD POR DECADAS DE LAS PACIENTES.

<u>Edad:</u>	<u>No de Pacientes:</u>	<u>Por ciento:</u>
20-30 años.	2	6.25
31-40 años	14	43.75
41-50 años	9	28.12
51-60 años	6	18.75
+ de 70 años	1	3.12
TOTAL	32	100.00

Paridad. La paridad tuvo relación directa al grado de trastorno de la estática pelvigenital. El 87.5% de las pacientes operadas eran multiparas con más de 4 partos, siendo de estas un 62.5% entre 4 y 8 partos y un 25% con más de 8. La menor paridad fué de 2 y la mayor de 15.

CUADRO No 2  
PARIDAD DE LAS PACIENTES

No de partos:	No de Pacientes:	Porciento:
I a III	4	12.5
IV a VIII	20	62.5
+ de VIII	8	25.0
TOTAL	32	100.0

Trastorno anatómico Pelvi-genital: Dentro de los trastornos de la pared anterior de la vagina, encontramos que el --- 87.5% correspondían a cistocele II y III, siendo un 65.62% para el cistocele II y un 21.88% para el cistocele III.

CUADRO No 3  
TRASTORNO DE LA ESTÁTICA PELVICA

CISTOCELE	No de Pacientes:	Porciento:
Grado I	4	12.50
Grado II	21	65.62
Grado III	7	21.88
TOTAL	32	100.00

El uretrocele se presentó en el 90.63% de los casos. Estado ausente solo en 3 casos ( 9.37%)

De los trastornos de la pared vaginal posterior, predomino el Rectocele grado I en el 43.76%, encontrandose solo 4 casos- (12.5%) con rectocele grado III, y 3 casos (9.37%) sin rectocele.

CUADRO No 3-1

RECTOCELE	No de Pacientes:	Porciento:
Grado I	14	43.76
Grado II	11	34.37
Grado III	4	12.50
SIN	3	9.37
TOTAL	32	100.00

Se present6 Lascercion perineal Grado II en 19 casos -- (59.37 %) y en un 34.37 % grado I. No existiendo este trastorno en el 6.26%.

CUADRO No 3-2

LASCERACION P.	No de pacientes:	Porciento:
Grado I	11	34.37
Grado II	19	59.37
SIN	2	6.26
TOTAL	32	100.00

La Insuficiencia Perineal valorada en forma objetiva y en relación a la lascercion perineal, se encontr6 en 15 casos - (46.87%) del grado II, y en 14 casos ( 43.75%) en grado I, en contrandose solo un casos ( 3.12%)para el grado III.

CUADRO 3-3

INSUFICIENCIA	No de pacientes:	Porcentaje:
Grado I	14	43.75
Grado II	15	46.87
Grado III	1	3.12
SIN	2	6.26
TOTAL	32	100.00

El Descenso Uterino estuvo presente en 25 casos, de los cuales en el 46.87 % fué grado I, encontrándose 7 casos (21.88 %) sin descenso y ningún caso con descenso grado III.

CUADRO 3-4

DESCENSO UTERINO	No de pacientes:	Porcentaje:
Grado I	15	46.87
Grado II	10	31.25
SIN	7	21.88
TOTAL	32	100.00

Situación del Utero: En 13 casos (40.62%) el útero se encontró en situación normal (anteversoflexión), valorándose - distopia uterina en 19 casos (59.38%), de los cuales 13 (40.62 %) correspondieron a retroversión grado I y 6 casos (18.76%) a retroversión grado II, no encontrándose ningún caso para retroversión grado III.

Patología uterina asociada y/o anexial: Se encontraron 8 - casos (25%) con miomatosis uterina y 1 caso (3.12%) con adenomiosis, así como un caso con endometriosis, constituyéndose -- así que estas patologías se presentaron en el 31.24% de los ca- sos.

Peso corporal de las Pacientes: En el 65.63% de todos los casos existía obesidad en sus diferentes grados, y solo un -- 34.37% se encontraba dentro de su peso ideal o bien tenían so- brepeso que no superaba al 10% del mismo.

CUADRO No 4  
SOBREPESO DE LAS PACIENTES

OBESIDAD	No de pacientes:	Por ciento:
SIN ( no + del 10%)	11	34.37
Grado I (10.1 al 20%)	10	31.25
Grado II (20.1 al 30%)	5	15.62
Grado III (30.1% o +)	6	18.76
TOTAL	32	100.00

INCONTINENCIA URINARIA: En el total de las pacientes estu- diadas y llevadas a cirugía estuvo presente, predominando en - 19 casos a grandes esfuerzos (59.37%), y solo en 6 casos (18.76 %) a pequeños esfuerzos.

En el tiempo de evolución de la misma IU de esfuerzo predo- minó un periodo mayor de 2 años( 15 casos-46.87%), presentando se solo en 6 casos (18.76%) menor a un año.

CUADRO No 5  
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA INCONTINENCIA

TIEMPO	No de Pacientes:	Porciento:
0 a 6 meses	4	12.50
7 a 12 meses	2	6.26
De 1 a 2 años	11	34.37
+ de 2 años	15	46.87
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>

Notandose que en estas pacientes predominó el cistocele grado II.

CUADRO No 5-1  
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA I.U. EN RELACION AL CISTOCELE  
EN LOS 32 CASOS ESTUDIADOS.

A) menos de 1 año ( 6 casos-18.75%)

Grado de Cistocele:	No de pacientes:	Porciento:
Cistocele I	1	3.12
Cistocele II	4	12.50
Cistocele III	1	3.13
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>18.75</b>

B) más de 1 año ( hasta 20 años).- 26 casos-81.25%.

---

Grado de cistocele: No de pacientes: Porcentaje:

---

Cistocele I	3	9.38
Cistocele II	17	53.12
Cistocele III	6	18.75
TOTAL	26	81.25

---

De los síntomas urinarios preoperatorios asociados, aunque no como predominantes, sobresalió la urgencia, presente en 20 casos (62.5%), encontrándose polaquiuria y disuria en 19 casos (59.37%) y tenesmo en 15 casos (46.87%), los cuales fueron corregidos antes de llevar a estas pacientes a cirugía. Asimismo hubo ausencia de datos de infección de vías urinarias altas en las 32 pacientes, siendo necesaria la urografía excretora en el preoperatorio, solo en 1 caso (3.12%), y la cual reportó solo datos de compresión extrínseca del techo vesical.

EXAMENES PREOPERATORIOS: A todas las pacientes se les realizó: Biometría Hemática, la cual en términos generales se encontró en límites de normalidad, presentando solo una paciente (3.12%), anemia de I grado, y en la cual se instaló tratamiento oral con hierro. Las pruebas de coagulación se encontraron normales en la totalidad de los casos, las cuales fueron consideradas indispensables para poder llevar a las pacientes a cirugía. Dentro de la química sanguínea se encontraron solo 5 casos (15.62%) con alteraciones en el parámetro de la glucemia, de las cuales 2 casos (6.25%) se correlacionaron a diabetes abierta compensada, y 3 casos (9.37%) que por sus características, solo se consideraron como mal manejo de los



hidratos de carbono. Solo 1 caso (3.12%) mostró alteración en la urea, sin haberse comprobado la existencia de daño renal.

Exámen General de Orina: Se efectuó en el total de las pacientes encontrándose en sus parametros de densidad, normal - en 30 pacientes (93.75%), así como la presencia de un pH ácido considerado como normal (menor a 6), en el mismo porcentaje de los casos. En 4 casos ( 12.5%) se encontraron leucocitos (1 de 12) y en 8 casos ( 25%) hemoglobina libre. Cinco casos con albuminuria (15.62%), y solo 1 caso (3.12%) con bacterias. Siendo que en aquellas pacientes en las que se encontró anomalía - manifiesta , fue corregida o bien se descartó la presencia -- de infección antes de llevarlas a cirugía.

Urocultivo: Se realizaron un total de 45 urocultivos, de los cuales 11 se consideraron como positivos, y los cuales -- tuvieron que ser negativizados en todas las pacientes antes -- de ser llevadas a cirugía. Realizándose en cada una de estas pacientes de 1 hasta 4 urocultivos. Dentro de los germen -- aislados predominó el Estafilococo patógeno en 6 casos ( 54.55 %), en 3 casos Proteus Mirabilis (27.27%), y solo en 2 casos E. Coli (18.18%)

CUADRO No 6  
GERMENES AISLADOS EN LOS 11 UROCULTIVOS POSITIVOS

Germen aislado:	Nº de casos:	Porciento:
Estafilococo Patógeno	6	54.55
Proteus Mirabilis	3	27.27
E. Coli	2	18.18
TOTAL	11	100.00

Cultivo de secreción Cervico-vaginal: Se realizaron un total de 51 cultivos, de los cuales 35 (68.63%) resultaron positivos a infección. Habiéndose negativizado por laboratorio en 16 casos y clínicamente en los otros 16, posterior a tratamiento, pues también fué considerado como indispensable antes de someter a las pacientes a cirugía. Dentro de los gérmenes aislados predominó la E. coli en 15 casos (42.86%), posteriormente el estafilococo patógeno en 1 caso (31.43%), y Proteus mirabilis y Candida Albicans en 4 casos respectivamente (11.43%).

CUADRO No 7  
GERMENES AISLADOS EN LOS 35 CULTIVOS POSITIVOS

Germen aislado:	No de casos:	Porcentaje:
E. Coli	15	42.86
Estafilococo Pat.	11	31.43
Proteus mirabilis	4	11.43
Candida Albicans	4	11.43
Klibsiella	1	2.85
TOTAL	35	100.00

Citología Cervico-Vaginal: En relación al proceso inflamatorio fue considerada como positiva en 19 casos (59.37%) y negativa en 13 casos (40.63%).

Asimismo en relación al estado hormonal presente en las pacientes y evaluado a través de la misma, se consideró que existía una actividad estrogénica satisfactoria en 28 casos (87.5%), aumentada en 2 casos (6.25%) y disminuida en 2 casos (6.25%). Siendo que los datos de aumento y disminución de la misma fueron valorados a través de cambios por hiperplasia celular o

bien por atrofia epitelial, en sus diferentes grados.

HALLAZGOS CISTOSCOPICOS:( como únicos o asociados)

Este estudio cistoscopico se marco como requisito indispensable en todas los pacientes, antes de ser llevadas a cirugía, pues era indispensable descartar y corregir de inicio el factor inflamatorio e infeccioso, o bien ser de ayuda en los procesos de cistitis cronica, así como para mostrar cambios de la mucosa vesical debidos a hipoestrogenismo.

Dentro de estos hallazgos se encontró la mayor variedad -- para el cistocele grado II, existiendo predominio del exudado en 25 casos ( 78.12%), y en 22 casos (68.75%) datos de hiper vascularidad ( arterio-venosa), hallandose la presencia de petequias en 16 casos (50%), y solo en 9 hiperemia de la pared vesical(28.12%), en 3 casos edema (9.37%), 2 con datos de hipoestrogenismo, así como 2 sin exudado y 1 con datos de compresión extrínseca del techo vesical.

CUADRO No 8  
HALLAZGOS CISTOSCOPICOS COMO UNICOS O ASOCIADOS  
EN RELACION AL CISTOCELE

a) No Inflamatorio ( 5 casos)

IMAGEN OBSERVADA	No de casos			Total:	Porcentaje :
	C-I	C - II	C-III		
Normal	0	1	1	2	6.25
Hipoestrogenismo	1	0	1	2	6.25
Compresión extrínseca	0	1	0	1	3.12

b) Inflamatorio .

IMAGEN OBSERVADA	No de casos			Total :	Porciento:
	C-I	C-II	C-III		
Hipervascularidad (arterio-venosa)	1	16	5	22	68.75
Hiperemia	2	3	4	9	28.12
Petequias	2	13	1	16	50.00
Exudado	4	14	7	25	78.12
Edema	0	3	0	3	9.37

c) Diagnóstico Cistoscópico.

DIAGNOSTICO	No de casos:	Porciento:
Uretrotrigonitis	9	28.13
Cistouretrotrigonitis	7	21.88
Cistotrigonitis	6	18.76
Trigonitis	5	15.63
Cistouretritis	1	3.12
Cistitis	1	3.12
Uretrocistitis	1	3.12
Uretritis	1	3.12
Normal	1	3.12
TOTAL	32	100.00

Pues de acuerdo a estos datos la imagen que predominó fue la uretrotrigonitis en 9 casos (28.13%), la cistouretrotrigonitis en 7 casos ( 21.88%), la cistotrigonitis en 6 casos (18.76 %), la trigonitis en 5 casos (15.63%), presentandose cistouretritis, cistitis, uretrocistitis, uretritis y vejiga reportada

sin alteraciones aparentes, en 1 caso respectivamente (3.12%).

Tratamiento médico PREOPERATORIO: En 29 casos (90.62%) se administró tratamiento médico con diversos fármacos:

CUADRO No 9  
MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LOS 29 CASOS.

Tipo de Medicamento:	No de Casos:	Porcentaje:
Metenamina	23	79.31
Ac. Nalidixico	21	72.41
Sulfas (Trim/Sulf)	15	51.72
Ampicilina	5	17.24
Gentamicina	3	10.34
Cefalosporinas	2	6.90
Dicloxacilina	2	6.90
Kanamicina	1	3.45
Colimicina	1	3.45
Eritromicina	1	3.45
Cloranfenicol	1	3.45
TOTAL	29	90.62

Tiempo de Tratamiento médico: En 23 casos (79.31%) el tiempo de la administración de la medicación a dosis farmacológicas fué de 1 a 2 meses, y solo en 3 casos (10.34%) fué menor de 1 mes y en otros 3 casos mayor de 2 meses.

Tratamiento médico para Cervicovaginitis: Se administró en 23 casos (71.87%), mostrándose los diferentes tipos de medicación en la siguiente tabla:

CUADRO No 10  
TRATAMIENTO PARA CERVICOVAGINITIS

Tipo de Medicamento:	No de Casos:	Por ciento:
Nifuratel	8	34.78
Furazolidona	14	60.87
Nistatina	5	21.74
Metronidazol	1	4.35

Tratamiento Hormonal: Dos pacientes llevaban tratamiento hormonal (estrogenos naturales), de 74 y 53 años respectivamente, y solo en 1 caso se efectuó administración de estrogenos locales (Dinestrol), previo a la cirugía (paciente de 46 años).

EVOLUCION DE LA INCONTINENCIA URINARIA:

Presente en las 32 pacientes antes del tratamiento, y previo a la cirugía, persistió solo en 23 casos (71.87%) despues del mismo, desapareciendo en 9 casos (28.13%). Enontrandose que en estos casos donde desapareció la IU predominó fundamentalmente el trastor no anatómico del Cistocele II, 7 casos (78%), y solo 1 caso -- (11%) respectivamente a cistocele I y cistocele III. Asimismo la imagen cistoscopica predominante en los 9 casos sin IU fué la Cistotrigonitis en 3 casos ( 33.24%), la cistouretrotrigonitis y uretrotrigonitis en 2 casos (22.22%) respectivamente, y la uretrocistitis y trigonitis en 1 caso (11.11%) respectivamente.

TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA CORREGIR LA INCONTINENCIA URINARIA:

Tipo de Cirugía: En las 32 pacientes se efectuó plastia sub uretrovesical, en sus diferentes modificaciones, 14 casos (43.75 %) para Plastia tipo Kelly, 13 casos ( 40.63%) para plastia sub uretral modificada ( fijación a los haces pubococcigeos del elevador del ano), 4 casos (12.5%) para combinación Kelly-Kenedy, - y 1 caso (3.12%) para plastia de Kenedy exclusivamente.

CUADRO No 11  
TRATAMIENTO QUIRURGICO

Tipó de Cirugía:	N o de Casos:	Porciento:
Plastia de Kelly	14	43.75
Plastia Suburetral	13	40.63
Plastia Kelly-Kenedy	4	12.50
Plastia de Kenedy	1	3.12
TOTAL	32	100.00

Asimismo se encontró que dentro de la cirugía complementaria para la corrección de los trastornos de la estatica pelvica-perineal, y de anexos, predominó la Histerectomia vaginal reconstructiva en 15 casos(46.88%), la colpoplastia anterior y la colpoperineoplastia con salpingoclasia vaginal en 13 casos (40.63%), la colpoplastia anterior y posterior en 3 casos( 9.37%), y en 1 solo caso la colpoplastia anterior (3.12 %) ( adendum: en una paciente la salpingoclasia complementaria se efectuó por aplicación laparoscopica de anillos de Yoom.)

CUADRO No 12  
CIRUGIA COMPLEMENTARIA

Tipo de cirugía:	No de casos:	Por ciento :
Histerectomía Vaginal reconstructiva	15	46.88
Colpoplastia anterior y posterior	3	9.37
Colpoplastias y salpingoclasia	13	40.63
Colpoplastia anterior	1	3.12
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>

Complicaciones Urinarias POSTOPERATORIAS: Se encontraron au sentes en 22 casos (68.75%), presentandose solo en 6 casos -- (18.75%) retención urinaria posterior al retiro de la sonda, y en 4 casos ( 12.5%) datos compatibles con infección de vias -- urinarias.

Manejo ANTIBIOTICO en el postoperatorio inmediato: Fué administrado a las 32 pacientes, recibiendo desde 1 hasta 3 tipos diferentes de medicamentos, y entre los cuales predominó la ampicilina en 29 casos (90.62%), y en segundo lugar la metenamina en 12 casos (37.5%).

Tipo de Medicamento:	No de casos:	Por ciento:
Ampicilina	29	90.62
Metenamina	12	37.50
Kanamicina	4	12.50
Cloranfenicol	3	9.37
Ac. Nalidixico	2	6.25
Penicilina	1	3.12
Cefalosporinas	1	3.12



### EVALUACION POSTOPERATORIA

Tiempo de evaluación POSTCIRUGIA: Fué llevado de 1 a 2 --- años, con un tiempo menor de 14 meses y un mayor de 22 meses, siendo que el mayor número de pacientes se encontraban entre los 16 a 19 meses post-cirugía ( 24 casos -75 %).

CUADRO No 15  
TIEMPO DE EVALUACION POST-CIRUGIA

Tiempo post-cirugía:	No de pacientes:	Porciento:
14 a 15 meses	3	9.37
16 a 19 meses	24	75.00
20 a 22 meses	5	15.62
TOTAL	32	100.00

Sintomas Urinarios POSTOPERATORIOS: se encontraron presentes en 18 casos (56.25%), como únicos o asociados, y entre estos predominaron la urgencia en 14 casos (77.78%), la disuria en 11 casos (61.11%), la polaquiuria en 10 casos (55.55%), y el tenesmo solo en 7 casos (38.9%). Siendo que en los 14 casos restantes (43.75%) se encontró ausencia de síntomas urinarios al interrogatorio, así como ausencia de datos de infección de vías urinarias altas.

Tiempo de aparición de la Incontinencia Urinaria post-cirugía: Se presentó recidiva de la incontinencia urinaria en 10 casos (31.25%), encontrándose ausente en 22 casos (68.75%). De estos 10 casos con recidiva, 5 casos ( 50%) fué en un lapso menor a 6 meses, 3 casos (30 %) entre 6 a 12 meses, y 2 casos (20 %) mayor a 1 año.

CUADRO No 14  
RECIDIVA DE LA IU POST-CIRUGIA

Tiempo de aparición:	No de casos:	Por ciento:
Menos de 6 meses	5	50.00
De 6 a 12 meses	3	30.00
Más de 1 año	2	20.00
TOTAL	10	100.00

Tipo de Incontinencia Urinaria: De los 10 casos con recidiva, esta incontinencia urinaria se presentó a grandes esfuerzos en 4 casos (40%), en 3 casos por urgencia, y en 2 y 1 caso a pequeños y medianos esfuerzos respectivamente. Asimismo en relación al problema inflamatorio vaginal, la leucorrea estuvo presente en 11 casos (34.37%), y ausente en 21 casos (65.63%), Encontrándose que dentro de los micro-organismos encontrados en los cultivos, predominó el genero Candida A. en 4 casos ( 36.36%)

CUADRO No 15  
MICROORGANISMOS EN CULTIVOS GENITALES  
POSTOPERATORIOS

Tipo:	No de Pacientes:	Por ciento:
Candida Albicans	4	36.36
E. Coli	3	27.27
Estafilococo No patogeno	1	9.10
Peptococo	1	9.10
No encontrado	2	18.18
TOTAL	11	100.00

Valoración de los Trastornos de Estática Pelvica en el posoperatorio:

Se encontró recidiva de los trastornos del piso anterior en 6 casos ( 18.75%), de los cuales 5 casos fueron catalogados como cistocele grado I, y solo un caso como Cistocele grado II, encontrandose en 5 casos de los mismos. asociación con uretrocele. Hubo 1 caso con rectocele grado I, el cual desde el preoperatorio se habia considerado que no ameritaba tratamiento quirurgico, así como 1 caso con descenso uterino grado I (catalogado como normal), y el cual no se habia incrementado desde la valoración preoperatoria.

En ningun caso de las pacientes sometidas a histerectomia vaginal reconstructiva, se encontró descenso de cupula vaginal postoperatoria.

#### HALLAZGOS CISTOSCOPICOS POSTOPERATORIOS

Los hallazgos cistoscópicos postoperatorios se encontraron presentes en 26 casos, y solo 6 casos fueron considerados desde el punto de vista cistoscópico con vejiga normal(18.75%).

Se encontró predominio del exudado en 15 casos (46.87%), la hipervascularidad en 10 casos (31.25%), y se encontró hiperemia y petequias en 8 casos cada uno respectivamente (25%). Hubo datos de edema en 7 casos (21.87%), hipoestrogenismo en 4 (12.5%), y compresión extrínseca del techo vesical en 1 caso (3.12%).

Pudiendo asimismo observar la correlación de estos hallazgos cistoscopicos en relación al cistocele.

CUADRO No 16  
 HALLAZGOS CISTOSCOPICOS COMO UNICOS O ASOCIADOS EN  
 RELACION AL CISTOCELE.  
 ( POSTOPERATORIO)

Imagen Observada:	No de Casos				Total:	Porcentaje:
	Sin Cist.	C-I	C-II	C-III		
Hipervascularidad	7	3	0	0	10	31.25
Hiperemia	5	3	0	0	8	25.00
Petequias	6	2	0	0	8	25.00
Exudado	11	4	0	0	15	46.87
Edema	5	2	0	0	7	21.87
Hipoestrogenismo	2	1	1	0	4	12.50
Compresión Extrinseca	1	0	0	0	1	3.12
Sin exudado	14	1	1	0	16	50.00

En base a los datos anteriores y al observarse el predominio del problema inflamatorio, se administró tratamiento médico en 18 casos. Siendo que dentro del tratamiento oral administrado predominó la Metenamina en 10 casos (31.24%), y en segundo lugar el Ac. nalidixico en 9 casos (28.12%), los cuales fueron predominantemente administrados en forma conjunta.

Asimismo se administró tratamiento a base de antibiótico y antisépticos por vía vaginal, predominando la administración del Nifuratel en 6 casos (18.75%), en dos casos nistatina y metronidazol respectivamente (6.25%), y en 1 caso furazolidonaa (3.12%).

CUADRO No 17  
 TRATAMIENTO MEDICO POSTOPERATORIO EN LOS 18 CASOS.  
 ( solo o asociado)

A) Oral

Tipo de medicación:	No de casos:	Por ciento:
Metenammina	10	31.24
Ac. Nalidixico	9	28.12
Metronidazol	2	6.25
Ampicilina	1	3.12
Sulfas ( Trim/Sulf)	1	3.12
<u>B) Vaginal.</u>		
Nifuratel	6	18.75
Metronidazol	2	6.25
Nistatina	2	6.25
Estrogenos topicos	2	6.25
Furazolidona	1	3.12

EXAMENES POSTOPERATORIOS.

Urocultivo: Resultó positivo en 7 casos(21.87%), lo cual estuvo relacionado con los 10 casos de recidiva. Negativo en los 25 casos restantes (78.13%). El germen predominante fué la E. Coli en 5 casos (15.63%), y el Estafilococo y Enterobacter se presentaron en 1 caso respectivamente( 3.12%)

Cultivo de secreciones genitales: Resultó positivo en 14 - pacientes (43.75%), y negativo en 18 (56.25%).El germen predominante asimismo fué la E. Coli en 8 casos (57.14%), y el germen Candida en 3 casos (21.43%), y Proteus V., Enterobacter, Klbsiella, y Estafilococo no patógeno en 1 caso, cada uno respectivamente (7.14%).

Exámen general de orina: Se encontró con datos suguerentes de infección en 3 casos, 2 con presencia de bacterias (6.25%) y 1 con presencia de leucocitos (3.12%), en número considerado como anormal.

Biometria hematica: Se encontró en limites normales en la totalidad de los 32 casos, y la química sanguinea mostró alteración en los niveles de glucosa en 4 casos (12.5%), y solo en un caso se encontró la urea elevada, habiendose descartado posteriormente la presencia de lesión renal evidente.

Citologia cervico-vaginal: Mostró alteraciones compatibles con proceso inflamatorio en 7 casos (21.88%), siendo negativa en los 25 restantes(78.12%). Asimismo la acción hormonal determinada a través de la misma resultó satisfactoria para la edad de la paciente en 25 casos (78.12%), y solo en 7 casos se encontró en limites de deficiente acción hormonal (21.88%).

Urografia Excretora: Se practicó en 3 casos (9.37%), de los cuales en 2 se encontraron cambios por infección de vias urinarias cronica, una con localización al riñon izquierdo y otra al derecho, y uno más sin alteraciones aparentes.

## DISCUSION

La IU condicionada por un factor anatómico, es una entidad clínica, que se presenta con mayor frecuencia entre la cuarta y quinta década de la vida (71.87%), que es generalmente cuando la mujer ha sobrepasado la época de mayor fertilidad y ha completado su familia, quedando como secuela los fenómenos de relajación del piso pélvico-perineal. Siendo este un padecimiento que la mujer coloca generalmente en segundo término (cuando no alcanza una magnitud socialmente importante), y que en muchas veces no lo menciona si no le es interrogado en forma exhaustiva.

Siendo este un padecimiento que ocurre en multiparas (62.5%), y grandes multiparas (25%). Pues es bien conocido que como consecuencia de sus partos, han ocurrido laceraciones de los tejidos de sosten del piso perineal, produciéndose así trastornos sobre la pared anterior y posterior de la vagina, por lesiones de las fascias de Halban, periuretral y perirectal, pudiéndose así correlacionar la presencia de cistourethrocele con la producción de IU, pues la mayoría de los casos presentaban cistoccele grado II a III (87.5%), y casi la totalidad de los casos (90.63%) se asociaron a urethrocele, lo cual coincide con la mayoría de los autores.

Asimismo en relación a la multiparidad encontramos la presencia de rectoccele, más no en la magnitud al cisto-urethrocele de lo que se concluye que fundamentalmente estas pacientes con IU, presentan lesión predominantemente de la fascia de Halban y periuretral. Siendo esto relacionado a la deficiente calidad de los tejidos (tejido colágeno), encontrándose asimismo la presencia de laceraciones e insuficiencia perineal, así como descenso uterino.

Dentro de esta IU, también pueden participar aquellas entidades que condicionan cambios de presión intrabdominal e intravesical, como la miomatosis uterina (25%), que ocasiona compresión vesical, o bien condicionan fenómenos de congestión como la adenomiosis (3.12%) y la endometriosis (3.12%), produciéndose así una alteración funcional de la dinámica vesicouterina. Asimismo la obesidad (65.63%) por cambios de presión intrabdominal juega un papel muy importante en la producción de esta IU,

Cuando el factor anatómico es el principal responsable de la IU, esta se presente generalmente a grandes esfuerzos (59.37%), lo cual generalmente esta en relación a que debe existir una suma de presiones intrabdominal e intravesical, para sobrepasar a la presión intrauretral, presentándose así IU.

Es de notar que en nuestro estudio, casi la mitad de las pacientes (46.87%), consultó después de un periodo de dos años de presentar esta sintomatología, pues en muchas ocasiones esta situación que se presenta en la mujer, ella lo considera como normal, posterior al nacimiento de sus hijos y muchas veces solo se logrará esta información a través de un interrogatorio intencionado.

En base a la asociación con el cistoccele, que condiciona falta de vaciamiento completo de la vejiga, se condicionan fácilmente fenómenos inflamatorio-infecciosos, que se manifiestan a través de síntomas de urgencia y polaquiuria, al reducirse la capacidad de llenado vesical, e incrementarse la actividad del detrusor: así como disuria y tenesmo que se relacionan a los fenómenos de inflamación uretrotrigonal. (desde un 46.87%, hasta un 62.5%).



Generalmente en base a los ya expresado por la mayoría de los autores, y a trabajos de amplia casuística (1,16) apoyan que la modificación en los ángulos uretrovesical posterior y anterior, no son los únicos participantes en la IU, por lo cual la uretrocistografía con cadena, ha perdido valor en el estudio de estas pacientes, quedando solo reservada a casos muy especiales.

Asimismo la urografía excretora es de utilidad en el diagnóstico de procesos infecciosos de vías urinarias altas, pudiendo asimismo mostrar imágenes relacionadas al cistocelo detectado por la clínica, así como mostrar fenómenos de compresión extrínseca del techo vesical, lo que traduce un aumento de la presión intravesical.

Los estudios de laboratorio efectuados en nuestras pacientes (biometría hemática, general de orina, química sanguínea, urocultivo y cultivo de secreciones genitales) nos sirven para detectar problemas inflamatorio-infecciosos, así como alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, situaciones que hubo que valorar y en lo posible corregir, antes de someter estas pacientes a cirugía, estableciendo de esta manera que el factor anatómico era el principal causante de su IU.

Dentro de este estudio en el urocultivo predominó el *Escherichia coli* patógeno, a diferencia de lo que opinan la mayoría de los autores, esto quizá a que en nuestra muestra el número de urocultivos, no fué representativo. No así en el cultivo de secreciones genitales, donde sí predominó la *E. coli*, lo cual se explica por los fenómenos de contaminación rectovaginal.

Asimismo la citología cervico-vaginal es un útil auxiliar para la detección de problemas inflamatorios-infecciosos, co-

mo para investigar el tenor hormonal estrogénico que presentan estas pacientes, y que asimismo hubo que corregir en lo posible antes de someter estas pacientes a cirugía.

Es difícil establecer un patrón de análisis de los hallazgos cistoscópicos, debido a que las imágenes encontradas obedecen a etiología múltiple, por lo tanto preferimos establecer la descripción de estas imágenes en relación a la sintomatología, así como a otros estudios paraclínicos.

Dentro de estas imágenes predominó la hipervascularidad -- (68.75%), en relación a los fenómenos de congestión vesical, y asimismo el exudado (78.12%), en relación a los problemas inflamatorio-infecciosos, siendo estas situaciones, problemas -- que acompañan a pacientes con trastornos en la estática pelvico-genital, y que presentan IU, dentro de todo una etiopatogenia multifactorial: pues podemos mencionar que cualquier alteración inflamatoria, sea infecciosa, vascular o traumática con edema del estroma, altera la función vesical y en forma particular el trigono con irritabilidad vesical.

Estos fenómenos de inflamación que acompañan a la IU en -- pacientes con trastornos de estática pélvica, también se pusieron de manifiesto en la citología cervico-vaginal (59.37%), lo cual estuvo en relación con la manifestación clínica de leucorrea (68.75%), situación que hubo que corregir a través de tratamientos diversos para cervico-vaginitis, otorgado al 71.87% de nuestras pacientes.

Dentro de las diferentes técnicas para corregir la IU y de acuerdo a lo planeado en nuestro trabajo, predominó la plastia de Kelly (43.75%), la plastia suburetral (40.63%) con apoyo en los haces pubococcigeos del músculo elevador del ano, teniendo

como objetivo proporcionar un apoyo a la unión uretrovesical, llevandola a una posición intrabdominal, pues para la selección de la técnica en IU de esfuerzo, deberá basarse más en las características generales de la misma, que en las mediciones previas de los angulos, pues es difícil medir estos puntos radiologicamente al no existir puntos de referencia específicos. Pues algunos consideran que el mantener durante el esfuerzo a la unión uretrovesical en un punto por encima del nivel mas bajo de la vejiga, en el punto clave del éxito de cualquier operación y probablemente la guía más importante para la selección de la misma.

Las afecciones de Mengert, de que el 90% de las pacientes podian ser curadas por colporrafia anterior, no han sido apoyadas por otros; Jeffcoate solo obtenia una tasa de cura del 60%, Ross y Singleton del 57% y Low tan solo del 48%.

Asimismo la cirugía más elegida para la corrección de los trastornos de estatica pelvico-genital, fué la histerectomia vaginal reconstructiva, situación que estuvo relacionada con el grado de descenso uterino.

Entre las complicaciones urinarias postoperatorias predominó la retención urinaria (18.75%), lo cual estuvo en relación a problemas inflamatorio-infecciosos, por datos sugestivos de infección de vias urinarias en 12.5%, y probablemente asimismo a un manejo y retiro incorrecto de la sonda de foley, lo cual favoreció el concepto al uso de una terapia antiséptica y/o antimicrobiana en el 100% de nuestras pacientes, al ser considerada una cirugía potencialmente contaminada por el manejo a nivel vaginal, así como por el uso de un cateter intravesical.

Dentro de la evolución postoperatoria de nuestras pacientes la mayoría fueron controladas y vigiladas hasta por un lapso de 16 a 19 meses (74.99%), siendo la menor con un lapso de 14 meses y la mayor de 22, presentandose durante el mismo sintomas fundamentalmente relacionados a procesos inflamatorio-infecciosos en un 56.25%, con recidiva por lo tanto de la IU en un 31.25%, siendo en estas la aparición en un 50% antes de los 6 meses de postoperatorio, y predominando nuevamente a los grandes esfuerzos (40%), debido a que en estas pacientes se presentó recidiva de los trastornos de estatica pelvica con predominio al piso anterior vaginal en un 18.75%, manifestandose por cistocele y uretrocele.

Dentro de los hallazgos cistoscopicos postoperatorios, predominaron nuevamente las imagenes que evidenciaban proceso inflamatorio (congestivo)-infeccioso, con exudado (46.87%), hiperemia (25%) e hipervascularidad (21.87%), lo cual al correlacionarse con la recidiva del cistocele, se encontró que la mayor parte eran pacientes que no presentaban este trastorno, lo cual manifiesta la presencia nuevamente del problema inflamatorio-infeccioso, por lo cual fueron nuevamente sometidas a tratamiento antiseptico y antibiótico en este lapso, tanto por via oral, como por aplicación tópica vaginal; predominando como era de esperarse antibioticos con mayor especificidad para germen gram negativos (coliformes), habiendose podido demostrar este proceso infeccioso a travez del urocultivo (21.87%), y del cultivo de secreciones vaginales (43.75%), predominando como germen aislado en ambos la E. coli, en un 71.43 y 57.14% respectivamente.

Otros estudios practicados en el postoperatorio como el general de orina, mostraron pocas alteraciones ( bacterias y glucosa en el 6.25% y leucocitos en el 3.12%); la química sanguínea mostró alteración en el metabolismo de los carbohidratos -

en el 12.5 %, y discreta elevación de azoados en el 3.12%, siendo estos trastornos que favorecieron problemas infecciosos a nivel genitourinario, condicionandose así recidiva de la IU.

La citología practicada en el postoperatorio, asimismo -- ayudó a evidenciar la persistencia o recurrencia del problema inflamatorio cervico-vaginal, así como una actividad estrogénica deficiente (21.88%), siendo esto como es sabido factores que favorecen la recidiva de la IU, integrandose por lo tanto esta como de una causa MULTIFACTORIAL.

## CONCLUSIONES.

1.= La IU por factor anatómico, se presente generalmente entre la cuarta y quinta década de la vida.

2.= Se presenta en grandes multiparas, pues la paridad -- marcha paralela e intimamente relacionada con los trastornos de la estatica pelvico-genital.

3.= Predominantemente se relaciona a la presencia de uretrocele, o bien a la asociación cistourethrocele.

4.= Dentro de la IU por factor anatómico, tambien participan aquellas entidades que condicionan cambios de presión intraabdominal e intravesical. (miomatosis, adenomiosis, endometriosis)

5.= Esta IU por factor anatómico generalmente se presenta solo a grandes esfuerzos.

6.= Cistoscópicamente uno de los datos más frecuentemente relacionados al cistoccele, es el aumento de la vascularidad arterio-venosa.

7.= El principal factor limitante en el éxito de las pacientes manejadas quirúrgicamente es la calidad de los tejidos locales de sosten del piso pelvico-perineal.

8.= La investigación preoperatoria objetiva y adecuada -- puede seleccionar la operación correcta para la IU, desde la primera operación, haciendose innecesaria una segunda. ("La primera operación, es la operación máxima).

9.= Debe enfatizarse que al contemplar la etiología de la IU en relación a la diferencia de presiones vesical y uretral, esta sujeta a diversas influencias y gran cantidad de variantes como estatura, peso, actividad muscular, compresión extrínseca vesical, así como al grado y tipo de sosten aportado por el piso pélvico.

10.= Ni la severidad, ni la incidencia de la IU esta relacionada directamente a ningun grado de relajación del piso -- pélvico.

11.= Ciertamente la colpografía anterior es el procedimiento de elección inicial en el tratamiento de las pacientes - con IU de esfuerzo, que presentan prolapso genital.

12.= Disponemos actualmente de medios científicos y clínicos que permiten seleccionar la operación adecuada para cada paciente.

13.= A mayor número de factores etiopatogénicos sumados : anatómico, inflamatorio/vascular, inflamatorio/infeccioso, -- compresivo, hormonal, metabólico y constitucional, menor respuesta a un tratamiento médico o quirúrgico clásico.

14.= Es tiempo de reconocer que las operaciones para la - IU de esfuerzo recidivante. requieren la habilidad, experiencia y juicio del ginecólogo, pues una falla más, pone en peligro la posibilidad de una curación eventual.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Arzate, D.M.: Consideraciones Cistoscópicas en la paciente con Incontinencia Urinaria. Tesis, 1978.
- 2.- Arnold E.P. Urodynamics of female incontinence: Factors influencing the results of surgery. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol 117, 6. Nov, 1973.
- 3.- Beck R.P. Recurrent Urinary stress incontinence treated by fascia lata sling procedure. Am. J. Obst. Gynec. V. 120; 5, 613. Nov. 1974.
- 4.- Edwin M.J. The suprapubic approach to primary stress -- urinary incontinence. Am. J. Obst. Gynecol. V 115; 3, 316 Feb. 1973.
- 5.- Giménez M.N. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Avances recientes en ginecología y obstetricia. Edic. méd. de la Asoc. Mex. de Ginec. y Obst.
- 6.- Green T.H. Jr. Development of a plan for the diagnosis and treatment of urinary incontinence. Am. J. Obst. Gynec. 83: 632 Mayo 1962.
- 7.- Green T.H. The problem of urinary stress incontinence in the female. An appraisal of its Current Status. -- Obst. Gynec. Survey 23: 603, 1968.
- 8.- Gutiérrez V.E. Incontinencia urinaria de esfuerzo. VI Jornada Bienal de Gineco-Obstetricia. X Aniversario -- del HGO 3, del CMR, 254, 1974.
- 9.- Hodgkinson, C.P. Stress Urinary Incontinence. Am. J. Obs. and Gynec. 103: 1141, 1970.
- 10.- Hodgkinson C.P. Stress Urinary Incontinence. An emphasis on failure. Obs. Gynec. An. 2: 367, 1973.



- 11.- Javier J.I. Surgical treatment for urinary stress incontinence in woman. Am. Journ. Obst. Gynec. 108: 7; - 1072. Dic.1970.
- 12.- Krantz, K.E. : The anatomy of the urethra and anterior vaginal wall. Am. Journ. Obst Gynec. 62: 374, 1951.
- 13.- Kasser. O. : I.U.E. Resultados del tratamiento quirúrgico. Actualidades en Ginecología y Obstetricia. Aosc. Mex. de Gineco. y Obst. XXV Aniv. 16-21, 1970.
- 14.- Lopez Villegas. La miomatosis uterina como causa de incontinencia urinaria. Pendiente de publicación.
- 15.- Marshall, J.R. Guia para el tratamiento de mujeres -- con sintomas de vias urinarias bajas. Clin. Obst. y - Ginec. 247 : Jun. 1976.
- 16.- Méndez, G.J. : Análisis de 1083 uretrocistografías con cadena. ( En prensa).
- 17.- Joseph C.P. The Pereyra procedure in the management of urinary stress incontinence. Am. J. Obst.Gynec. Vol -- 115: 3, 407, Feb. 1973.
- 18.- Pigvert, A. Endoscopia urinaria. 3a ed. Ed.ECO SA. -- Barcelona España 1975.
- 19.- Quiñones, G.R. : Estudio radiológico en la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. Ginec. y Obst. - de Méx. Vol. 26, Año XXIV, 1969.
- 20.- Quiñones, G.R.: Incontinencia urinaria en la mujer. -- X Aniv. Hosp. Gineco-obst. del CMN: 124, 1971.
- 21.- Quiñones, G.R. : La uretrocistografía en la incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginec. y Obst. de Méx. - Vol. XX: 761, 1965.

- 22.- Ramirez D.: Incontinencia urinaria de esfuerzo en la -  
mujer. X Aniv. Hosp. Gineco-obst. CMN. 124, 1971.
- 23.- Ramirez, J.D.: Importancia del estudio cistoscópico en  
la paciente ginecológica. (Pendiente de publicación).
- 24.- Ranagho, E.A. Anatomy and Phisiology of the uretra. --  
Urinary Incontinence. Cap.2. 1975.
- 25.- Rico, N.P.: La cistoscopia en el estudio de la incon-  
tinencia urinaria de esfuerzo. Ginec. y Obst. de Méx.  
XXXIII, 195, 1973.
- 26.- Rico, N.P. : Importancia de la panendoscopia vesical y  
el urocultivo en el estudio de la incontinencia urina-  
ria de esfuerzo. Ginec. y Obst. de Méx. XXXVI: 214, -  
107. Ag. 1974.
- 27.- Robertson, J.R. Uretroscopia: Método ginecológico poco  
usado. Clin. Obst. y Ginec. 315, Jun. 1976.
- 28.- Saenz, O.C.: Incontinencia urinaria de esfuerzo reci-  
divante. Tesis. , 1976.
- 29.- Tage, H. :Problem of Urinary incontinence. Urinary in-  
continence. Cap.I-II Grune and Stratton. N.Y./ and --  
London, 1975.
- 30.- Tanagho, E.A. :Observations of the bladder neck. Bri-  
tish Journal of Urology: 38, 72. 1966.
- 31.- Tanagho, E.A.: Anatomy and phisiology of the urethra  
urinary incontinence. Ed. by Caldwell K.P.S.Grune --  
and Staction N. Y. and London. 1975.