

11217
91
20j

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores



Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4
Departamento de Enseñanza e Investigación

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

TESIS DE POST-GRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA
QUE PRESENTA EL DOCTOR

FRANCISCO DE J. MARTINEZ MARQUEZ

TUTOR: DR. JAVIER MENDEZ GONZALEZ

GENERACION 1980 - 1983

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1993



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.

INTRODUCCION.

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo ha sido y sigue siendo - un problema de diagnóstico, de estudio de las diversas causas que la - producen y de tratamiento.

Constituye motivo frecuente de consulta ginecológica o bien, - hallazgo del interrogatorio y/o exploración, muchas veces de larga evo- lución por temor de la paciente a confesarla o por considerarla como - algo inherente a su condición de mujer.

La investigación creciente ha permitido apreciar que la Incon- tinencia Urinaria en la mujer es más compleja de lo que se pensó origi- nalmente. Se han propuesto muchas teorías en cuanto al control urina- rio normal y la falta del mismo que han estimulado la creación de múl- tiples tratamientos médicos y variadas técnicas quirúrgicas como pue- de apreciarse en la literatura de los últimos años.

Con la investigación clínica adecuada pueden identificarse di- ferentes tipos de incontinencia y en ellos hacer tratamiento satisfacto- rio. Si el Médico pudiera hacer el diagnóstico diferencial con gran pre- cisión, eliminaría una fracción importante del índice de fracaso obser- vando en los estudios a largo plazo.

Se han sugerido diversos criterios que entrañan la deformidad

anatómica, por ejemplo: longitud de la uretra, ángulos uretrovesicales, presión uretral, que resultan demasiado simplistas y si no se toma en cuenta que son datos anatómicos estáticos, pueden llevar a un diagnóstico inexacto, operaciones inadecuadas y persistencia o recidiva de la incontinencia urinaria.

Actualmente nadie sostendría que la cirugía es capaz de resolver todos los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo, pero hasta hoy sigue constituyendo el tratamiento racional para curar un gran número de ellas. Deberá seleccionarse la operación más adecuada para cada paciente en particular. No es posible aplicar la misma técnica a una paciente joven con un trastorno mínimo, que a una paciente de edad avanzada, con cirugías vaginales previas o bien tosedora crónica, diabética, obesa, etc., que es lo que muchos cirujanos han venido haciendo con el consecuente aumento en el número de fracasos terapéuticos (9).

Si el diagnóstico de la incontinencia urinaria de esfuerzo es difícil, lo es más aún, su tratamiento, como lo pone de manifiesto la existencia de más de 50 técnicas quirúrgicas y múltiples tratamientos médicos a base de ejercicios musculares, antibióticos, hormonales y psicoterapia.

Con el simple propósito de hacer patente la importancia que

para la paciente afectada puede representar la incontinencia urinaria - de esfuerzo, sin pretender ser dramáticos, citamos lo enunciado por -

J. Chassar Moir:

" Nada puede igualar a la gratitud de una mujer, quien deprimida por el sentimiento creciente del carácter humillante de su enfermedad y desesperada al percatarse de que su misma presencia ofende a los otros, advierte repentinamente que ha recuperado la salud completa y - puede asumir el papel que le corresponde en la familia; la mujer que -- descubre, por así decirlo, que le ha sido dada una nueva vida y, que se ha convertido de nuevo en ciudadana del mundo "

Las consideraciones anteriormente enunciadas nos motivaron - a efectuar una revisión retrospectiva de los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo tratados en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el lapso comprendido entre el -- mes de Noviembre de 1979 y el mes de Mayo de 1982.

CONSIDERACIONES ANATOMO-FISIOLOGICAS.

Las descripciones tradicionales de la anatomía del piso pélvico no proporcionan una idea dinámica, fisiológica y real de la estructura que hemos llamado piso o suelo pélvico (28). Los dos componentes más importantes de la estructura antes mencionada son el músculo elevador del ano y la fascia endopélvica. El primero forma una especie -

de embudo en el interior de la pelvis, dividiéndola en dos partes, una superior cóncava que es propiamente intraabdominal. Esto quiere decir que todas las presiones que se ejercen dentro de la cavidad abdominal van a incidir sobre la superficie superior o cóncava del músculo en la misma forma que lo hacen sobre los músculos de la pared abdominal. En la parte media, el elevador del ano tiene colocados tres órganos: la vejiga y un tercio superior de la uretra; el útero y los dos tercios superiores de vagina y el recto, los cuales lo atraviesan para comunicarse al exterior a través de una zona de menor resistencia denominada hiato del elevador del ano, el cual, en un momento dado, puede relajarse y permitir la salida de ciertos órganos por lo que algunas alteraciones de la estática pelvi-genital constituyen verdaderas hernias.

La fascia endopélvica es una estructura única, de tejido fibroso de diferente densidad, de tal manera que en ocasiones constituye -- verdaderos ligamentos y en otros es tan laxa que casi no existe.

Tiene dos porciones muy densas y aparentes perfectamente distinguibles en anatomía quirúrgica: una transversal y otra dirigida de -- adelante a atrás que se entrecruzan a nivel del istmo uterino formando un ligamento pubo-vésico-útero-sacro y otro ligamento transversal o cardinal o de Mackenrodt.

Estos elementos de sostén fijan a la vejiga al pubis y al útero

permitiéndole llenarse adecuadamente y dándole libertad de vaciamiento al contraerse el detrusor.

El trígono, el cuello vesical y el tercio proximal de la uretra permanecen por dentro del elevador del ano siendo esto de gran importancia para la continencia urinaria en la mujer.

Los dos tercios distales de la uretra no cuentan con un apoyo firme.

La uretra femenina es corta, recta, inclinada y carece de esfínter voluntario lo que haría imposible explicar que la mujer pueda -- contener la orina si no tiene en cuenta la existencia de mecanismos finos en relación con los detalles anatómicos someramente analizados -- con anterioridad y sobre todo, con la diferencia de presiones que existe entre la vejiga y la uretra, siendo mucho menor en la primera que en la segunda, como lo han demostrado los trabajos de Ehrnring -- (26, 3).

Cuando los elementos de sostén fallan y el tercio proximal de la uretra sale a través del hiato del elevador del ano, los aumentos de presión intraabdominal, condicionan que la presión intravesical exceda a la presión uretral dando lugar a la pérdida involuntaria de orina.

Como hemos analizado la continencia urinaria se consigue -- mediante mecanismos de presión, que están en relación con una buena

estática de los órganos pélvicos.

Debe hacerse la consideración de que aún la mujer nulípara - joven puede presentar ocasionalmente pérdidas de pequeñas cantidades de orina por lo que el problema es de grado, según la frecuencia y cantidad (28).

DEFINICION.

La incontinencia urinaria puede denotar un signo, un síntoma o un estado patológico.

El síntoma de incontinencia de esfuerzo indica la afirmación de la paciente de que haya pérdida involuntaria de orina durante el ejercicio físico.

El signo es la salida de orina involuntariamente después de aumentar la presión intraabdominal.

El estado patológico es la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical exceda de la presión uretral máxima pero - cuando no hay actividad del detrusor.

Con objeto de eliminar la confusión que pudiera surgir de los conceptos previos aceptaremos como definición de IUE la siguiente -- que debe ser tomada "al pie de la letra" para poder efectuar diagnósti

co diferencial con otros tipos de incontinencia:

" IUE es la pérdida involuntaria de orina sin que la paciente - tenga deseo de micción, que acompaña a los aumentos de presión intra abdominal" (28).

OBJETIVO.

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo es una patología gineco- lógica importante tanto por su frecuencia como por la trascendencia -- que para la paciente afectada representa, lo que pone en juego el cono- cimiento y la destreza del gineco-obstetra para un adecuado diagnósti-- co y manejo.

Tal consideración, resaltada en la Introducción de este traba- jo, nos ha motivado a efectuar una revisión de la situación actual que- guarda esta entidad en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, tomando en cuenta que se trata de un Hospital de enseñanza y conociendo lo pu- blicado por otros autores.

MATERIAL Y METODOS .

Se estudiaron en forma retrospectiva 99 expedientes de pacien- tes tratadas en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del IMSS., en el período de tiempo comprendido entre el mes de Noviembre de 1979 y el mes de Mayo de 1982, existentes en el Departamento de Archivo - del citado Hospital, codificados con la clave 625.6 (Incontinencia Urina

ria de Esfuerzo), en relación a los siguientes parámetros:

- Edad de la paciente
- Gestaciones
- Paridad
- Tipo de partos
- Peso promedio de los productos
- Alteraciones de la estática pélvica
- Infección de vías urinarias
- Tiempo de evolución
- Tratamientos previos
- Estudio radiológico
- Corroboración clínica
- Tratamiento médico
- Tratamiento quirúrgico
- Fracaso terapéutico

RESULTADOS.

La edad promedio de las pacientes fue de 47.15 años con una edad mínima de 32 años y máxima de 74 años.

El promedio de gestaciones fue de 7.18 con un mínimo de 3 y máximo de 18.

La paridad fue de 5.72 en promedio con mínima de 3 y máxi-

* * * *

ma de 11.

12 pacientes tuvieron antecedente de 1 cesárea. En la serie estudiada no hubo pacientes con más de 1 cesárea.

EDAD, GESTACIONES Y PARIDAD

	Mínima	Máxima	Promedio
Edad	32 a.	74 a.	47.15
Gestaciones	3	18	7.18
Paridad	3	11	5.72
Cesáreas	12 casos con 1		

CUADRO No. 1

El peso de los productos únicamente fue anotado en la Historia Clínica en 21 casos y 3 pacientes refirieron antecedente de productos macrosómicos sin especificar peso.

El 96.83% de los partos fueron eutócicos y el 3.17% distócicos.

Los trastornos de la estática pelvi-genital que se encontraron acompañando a la incontinencia urinaria de esfuerzo se analizan en los Cuadros No. 2 y 3.

TRASTORNOS DE LA ESTÁTICA PELVICA

CISTOCELE

GRADO	No. de Casos	Porcentaje
I	12	1.21
II	63	63.63
III	24	24.24

CUADRO No. 2

DESCENSO UTERINO

GRADO	No. de Casos	Porcentaje
I	9	9.09
II	0	0
III	12	1.21

CUADRO No. 3

Sólo en 13 pacientes se encontró descenso uterino que corresponde al 10.30% en nuestro estudio.

La infección de vías urinarias demostrada por urocultivo positivo estuvo presente en el 9.09% de las pacientes estudiadas (Cuadro No. 4).

* * * *

INFECCION DE VIAS URINARIAS

Urocultivo	No. de Casos	Porcentaje
Positivo	9	9.09
Negativo	90	90.90

CUADRO No. 4

El tiempo de evolución desde la detección del problema por parte de la paciente hasta la fecha de elaboración de la Historia Clínica osciló entre dos meses y 156 meses con un promedio de 43.5 meses.

En 5 de las 99 pacientes estudiadas no se consignó este dato.

En 9 pacientes que corresponden a 9.09% se había efectuado tratamiento previo fuera de la Unidad, consistente, en la totalidad de ellas en colporrafía anterior y plastía suburetral de Kelly.

Se efectuó estudio radiológico preoperatorio, consistente en uretrocistograma con cadena, en 15 de las 99 pacientes estudiadas lo que corresponde a un porcentaje de 15.15, habiéndose reportado como normal en 9 casos y alterado en 6 casos, tomando como valores normales 110° para el ángulo uretrovesical posterior y 45° o menor para el ángulo de inclinación uretral.

* * * *

La corroboración clínica mediante la visualización objetiva de pérdida involuntaria de orina al efectuar algún esfuerzo indicado por el médico (pujo, tosedura, etc.) se llevó a cabo en 39.39% de las pacientes (39 pacientes), en las 60 pacientes restantes el diagnóstico se efectuó en base al interrogatorio exclusivamente.

30 Pacientes fueron sometidas a tratamiento médico (30.30%), 6 de ellas con dilataciones uretrales exclusivamente, 9 con dilatación uretral más antibioticoterapia y 15 que únicamente recibieron antibioticoterapia (Cuadro No. 5).

TRATAMIENTO MEDICO

TIPO	No. de Pacientes	Porcentaje
Dilatacion uretral	6	20.00
Dilatacion uretral más antibioticoterapia	9	30.30
Antibioticoterapia	15	50.50

CUADRO No. 5

Todas las pacientes de nuestra serie que recibieron tratamiento médico, fueron tributarias a tratamiento quirúrgico posterior.

La técnica quirúrgica seleccionada con mayor frecuencia fue la plastía suburetral de Kelly acompañada de colporrafia anterior que se efectuó en un total de 90 pacientes (90.90%). En 18 de ellas se efectuó además histerectomía total vaginal en el mismo tiempo quirúrgico y en 6 se efectuó histerectomía total abdominal en el mismo acto quirúrgico pero en un segundo tiempo.

A 9 pacientes se les efectuó de primera intención uretrosuspensión por vía abdominal con técnica de Marshall-Marchetti-Krantz, a 3 de ellas como procedimiento único y a 6 acompañada de histerectomía abdominal total (Cuadro No. 6). De las pacientes en las que se seleccionó la técnica de MMK de primera intención se les había efectuado plastía de Kelly previamente fuera de la Unidad.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

TECNICA	No. de Pacientes	Porcentaje
Colporrafia anterior más plastía de Kelly.	66	66.66
HTV más colporrafia anterior más plastía de Kelly	18	18.18
Colporrafia anterior más plastía de Kelly más HTA.	6	6.06
Marshall-Marchetti-Krantz más HTA.	6	6.06
Marshall-Marchetti-Krantz	3	3.03

En 6 pacientes (6.06%) hubo persistencia de la sintomatología habiéndose efectuado en todas ellas MMK, 3 acompañadas de HTA. En sólo una paciente se efectuó operación de Burch en un tercer intento por corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.

En la presente revisión no se pretende establecer la frecuencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo, ya que el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del IMSS., recibe pacientes enviadas de otras Unidades, de tal manera que la cifra que pudiera establecerse no reflejaría en forma real la incidencia de esta patología en la población abierta.

La edad promedio de las pacientes estudiadas así como el número de gestaciones y la paridad concuerdan con lo reportado por otros autores (18).

El peso de los productos así como el tipo de partos no puede ser considerado en forma válida ya que, desgraciadamente, fue omitido en la historia clínica, en la mayoría de los casos.

Un elevado porcentaje de las pacientes incluidas en el presente trabajo (89.08%) presentaron trastornos de la estática pelvigenital lo que muy probablemente guarda relación directa con la deficiente calidad de atención obstétrica que, en nuestro medio, reciben las pacientes aunado a la multiparidad ya que es conocido que los partos producen ruptu

ras de las fascias y elongaciones de los ligamentos que sostienen los órganos pélvicos (22).

A todas las pacientes se les efectuó urocultivo como rutina -- inicial de estudio con un bajo porcentaje de positividad contrariamente a lo que cabría esperar en base a los comunicados de otros autores que reportan positividad hasta del 30% (9).

El hecho de que solamente se hayan efectuado estudios radiológicos especializados en el 15.15% de los casos es explicable en base al estudio efectuado por Méndez y cols. (22) en el que concluye que el urotricrograma debe ser abandonado como estudio de rutina y reservarse para casos seleccionados de pacientes nulíparas o de recidiva de IUE y que es el criterio que actualmente se sigue en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4.

La evaluación de resultados del tratamiento médico de la serie analizada debe tomarse con mucha reserva ya que las pacientes estudiadas son las clasificadas con la codificación 625.6 que incluye, en su gran mayoría, a las pacientes tratadas quirúrgicamente, excluyendo a aquellas que tuvieron respuesta satisfactoria al tratamiento médico y que, por lo tanto, no fueron tributarias de cirugía.

El tratamiento quirúrgico, sin embargo, sigue constituyendo, -

como ya se mencionó en la introducción de esta Tesis, el método más efectivo para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

La mayoría de las técnicas ideadas para la corrección de la IUE pretenden elevar el ángulo de unión de la uretra con la vejiga, ya sea elevando los dos tercios posteriores de la uretra, fijándolos a la cara posterior del pubis o a otras estructuras, por vía abdominal, o bien elevando directamente dicho ángulo por vía vaginal.

Dada la naturaleza del presente trabajo no se describirán las técnicas quirúrgicas (ver ref. 1,2,5,7,19).

El criterio de selección de técnica quirúrgica, que durante muchos años rigió en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, reservaba la vía abdominal para los casos de recidiva de IUE, eligiendo en forma primaria la vía vaginal. Los resultados de nuestra revisión apoyan, fehacientemente, el postulado anterior.

En la actualidad el criterio que prevalece para la selección de técnica quirúrgica está en relación con la coexistencia o no de otra patología ginecológica, v. gr; si la paciente es portadora de miomatosis uterina, y se le va a efectuar HTA, puede corregirse la IUE por vía abdominal de primera intención; por el contrario, si la paciente presenta recidiva de la entidad mencionada, habiendo sido tratada por vía vagi

nal, puede utilizarse nuevamente esta vía para tratar el problema.

Los fracasos terapéuticos encontrados en nuestra revisión de
ben ser interpretados como persistencia del problema por defecto -
técnico ya que se trata de un Hospital de Enseñanza y tomando en --
cuenta que las pacientes no son seguidas a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA.

1. Bailey, K.V.: A clinical investigation into uterine prolapse with stress incontinence. Treatment by modified Manchester. Colporrhaphy J. Obstet. Gynecol. Br. Emp. 61:291, 1954; 63:663, 1956; 1963.
2. Backer, M.H.; Probst, R.E.: The pereyra procedure, favorable experience with 200 operations. Am. J. Obstet. Gynecol. 125:346, 1976.
3. Beck, R.P.; Maughan, G.B.: Simultaneous intraurethral and intravesical pressure studies in normal women and those -- with stress incontinence. Am. J. Obstet. Gynecol. 89:746, 1964.
4. Bradley, W.E.: Control nervioso de la función uretrovesical. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 3:691, 1978.
5. Bravo, J.S.: Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con uretrosuspensión al tendón conjunto. Ginec. Obstet. Mex. 40:25-29, 1976.
6. Gershon, Ch. R.; Diekno, A.C.: Urodynamic evaluation of female stress urinary incontinence. J. Urol. 119:787, 1977.
7. Graber, E.A.: Stress incontinence in women: A review 1977. Obstetrical and Gynecological Survey 32:565-576, 1977.
8. Green, T.H.: Urinary stress incontinence: Differential diagnosis pathophysiology and management. Am. J. Obstet. Gynecol. 122:368-400, 1975.
9. González, D.L.; Santos, A.J.; González, I.P.; Velasco, S.R.; Vázquez, J.V.: Cirugía vaginal en la incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginec. Obstet. Mex. 39:279, 1976.
10. Harrison, N.Y.: Incontinencia urinaria de esfuerzo: Pasado y Presente. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales 1:65, -- 1978.
11. Hodkinson, C.P.; Cobert, N.: Direct urethrocytometry. Am. J. Obstet. Gynecol. 79:648, 1960.

* * * * *

12. Hodkinson, C.P.; Drukker, B.H.; Hersey, G.J.G.: Stress urinary incontinence in the female. Etiology significance of the -- short urethra. Am.J.Obstet.Gynecol. 86:16,1963.
13. Hurt, W.G.; Fantl, J.A.: Uretrocistometría electrónica directa. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 3:732,1978.
14. Jeffcoate, T.N.A.; Roberts, H.: Observations on stress incontinence of urine. Am.J.Obstet.Gynecol. 64:721,1952.
15. Jeffcoate, T.N.A.; Roberts, H.: Stress incontinence of urine. - J.Obstet.Gynecol.Br.EMP. 59:685,1952.
16. Käser, O.; Iklé, F.A.; Hirsch, H.A.: Operaciones en caso de incontinencia de esfuerzo. Atlas de Operaciones Ginecológicas. 3a. Ed. 1975.
17. Klugo, R.C.; Cerny, J.C.: Cistometría estandar con agua y - electromiografía del esfínter uretral externo. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 3:707,1978.
18. Leal, R.G.; Santos, A.M.; Guerrero, C.B.; Garza, F.G.: Valloración de un fitoterapéutico en el tratamiento de la incontinencia urinaria. Ginec.Obstet.Mex. 37:287-95,1964.
19. Lee, R.A.; Symmonds, R.E.: Repeat Marshall-Marchetti procedure for recurrent stress urinary incontinence. Am.J.Obstet Gynecol. 122:219-25,1975.
20. Lew, J.A.: Clinical characteristics of patients with demomensurable urinary incontinence. Am.J.Obstet.Gynecol. 88:322,1964.
21. McGuire, E.J.; Litton, B.; Pepe, V.; Kohorn, E.I.: Stress -- urinary incontinence. Obstet.Gynecol. 47:225-63,1976.
22. Méndez, G.J.; López, E.O.; Oseguera, J.P.; Juárez, H.O.; Margain, J.: Análisis de 1083 uretrocistografías con cadena. Ginec. Obstet. Mex. 44:103,1978.
23. Quiroz, F.G.: Tratado de Anatomía Humana. Tomo III Ed. -- Porrúa, S.A. 8a. Ed. 1971.
24. Radej, M.; Hitrec, V.; Krivec, C.; Kovacic, M.; Parazajder J.; Pavletic, M.: Functional and tonometrical investigation - of bladder and urethra in patients with stress incontinence. J.Urology 115:551,1975.

25. Stewart, B.H.; Banowsky, L.H.W.; Montage, D.K.: Stress - incontinence: Conservative therapy with sympathomimetic -- drugs. J.Urology 115:558,1975.
26. Tamagho, E.A.: Aspectos anatómicos y fisiológicos de la -- micción. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales 1:3,1978.
27. Toews, H.A.: Intraurethral and intravesical pressures in -- normal and stress incontinent women. Obstet.Gynecol. 29:- 613,1967.
28. Zárate, T.A.; Canales, E.P.: Ginecología. Francisco Méndez Cervantes, Editor. 1a. Ed. 1982.