

11217

12
26j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No.3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

URETROPEXIA RETROPUBICA MODIFICADA
ESTUDIO RETROSPECTIVO

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DR. LEONILDA B. GUERRAS SANCHEZ



MEXICO, D. F.

ESTAMPADO EN
MEXICO
CALLE DE LOS
REYES 100
C.P. 06100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EN AGRADECIMIENTO:

**A mi esposa, ROSA MARIA QUINTANA
y a mi hijo, LEOPOLDO DAVID; por
ser el estímulo para la realización
de ésta, mi tarea.**

**A mi madre, SRA. GLORIA JULIA SANCHEZ,
y a mis hermanos, GLORIA ANGELICA, LUIS
ANGEL Y VERONICA ARACELI, por su confianza
y cariño.**

A mis maestros, compañeros y amigos.

A mis pacientes.

**Al Dr. Roberto Nava Bacca, compañero y amigo
por su colaboración en el presente trabajo.**

CUANTO MAS DESEO HACER ALGO,

MENOS LO CONSIDERO TRABAJO.

RICHARD BACH.

CON ADMIRACION Y RESPETO:

A MIS ASESORES DE TESIS:

DR. OSCAR MARTINEZ RODRIGUEZ.

DR. BRAULIO OTERO FLORES.

DR. MARTIN MEZA VARGAS.

DR. ROBERTO NAVA Y SANCHEZ.

GRACIAS

INDICE.

Introducción	1
Descripción de las Técnicas	3
Objetivo General	5
Objetivos particulares	6
Planteamiento del problema	7
Material y Métodos	8
Resultados	9
Análisis de resultados	12
Conclusiones	14
Bibliografía	15

INTRODUCCION

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (I.U.E), se define como la pérdida involuntaria de orina a través de una uretra indemne, que ocurre sin deseo de micción y al aumentar la presión intraabdominal, alterando el entorno social de la paciente que la padece. (1)

Es más frecuente en mujeres multiparas, mayores de 40 años, con antecedentes de tipo obstétrico traumático, elongación de fascias e hipoestrogenismo. (1)

La IUE está asociada con un descenso de la uretra proximal durante la micción, debido a un soporte pobre del cuello y base vesical, resultando en un gradiente de presión entre la vejiga y la uretra con la consiguiente pérdida urinaria. Por otro lado, la presión uretral tiende a disminuir en las mujeres postmenopáusicas al ocurrir atrofia de los tejidos sensibles a estrógenos. (2,3)

El término IUE fué acuñado en 1922 por Eardley Holland.

La corrección quirúrgica eficaz de la IUE data de comienzos de siglo; siendo en 1946 cuando Victor Marshall corrigió la incontinencia en un paciente por medio de una vesicoutropexia retropúbica, al lijar el cuello de la vejiga en un punto alto en la cara posterior de la sínfisis del pubis.

Aldridge desde 1952 expresó que la cura quirúrgica de la IUE se lograba al construir un soporte de tejido vecino para sostener la uretra y el cuello vesical lo mas alto posible en la pelvis. (4)

Se han diseñado más de un centenar de técnicas quirúrgicas para la corrección de la IUE, lo cual revela la alta incidencia de fracasos o recidivas del problema. (5)

Los procedimientos quirúrgicos restauran la continencia por dos mecanismos presumibles: a) Restaurar la unión uretrovesical en una posición retropúbica alta para permitir una mejor transmisión de la presión abdominal a la uretra proximal durante la maniobra de Valsalva, y b) Estrechar las fibras musculares periuretrales a su longitud normal, lo cual permite una contracción refleja fisiológica de estos músculos al tiempo del stress. (3).

Los procedimientos antiincontinencia conllevan una tasa de recurrencia que oscila entre el 10 y el 14%, mencionándose varios factores de influencia. (7 a 10).

La IUE continúa siendo un desafío para el juicio clínico del Ginecoobstetra, y ante la dificultad de efectuar un tratamiento eficaz en estas pacientes, se hace necesaria la búsqueda de alternativas de manejo como la que se menciona a continuación.

DESCRIPCION DE LAS TECNICAS.

Antes de iniciar el procedimiento operatorio, se introduce en la vejiga de la paciente una sonda Foley del número 16 ó 18, la cual cuenta con globo de 30c.c., de los cuales se inflan 10c.c. con solución fisiológica. Se inicia la cirugía con la incisión en la pared abdominal anterior ya sea media o Pfannenstiel según el caso, se disecan los planos hasta entrar a cavidad y se realiza la técnica operatoria habitual para la que fué programada la paciente. Una vez realizado lo anterior y una vez concluido el cierre de peritoneo parietal, se completa el llenado del globo a 30c.c..

Se procede a disección roma del espacio de Retzius. Se pide a un ayudante que introduzca sus dedos índice y medio a la vagina y levante la pared anterior de la misma,

ubicando a la uretra entre ambos dedos, mientras con la otra mano procede a tracción de la sonda para permitir al cirujano identificar la unión uretrovesical. Se disecciona la grasa perivesical y se toma el tejido parauretral con pinzas de Allis. Se procede entonces a colocar la primera sutura de Prolene No. 1 a nivel de dicha unión y en forma helicoidal (dos a tres asas), dirigiendo la sutura a nivel de la aponeurosis de los rectos abdominales. Se realiza el mismo procedimiento en el lado contrario y se realiza sutura de la aponeurosis de los rectos anteriores. Acto seguido, se anudan las suturas de cada lado y de uno a otro lado de manera que queden ajustados a la pared abdominal. Se completa el cierre de la pared abdominal y así el acto quirúrgico.

Generalmente se prefiere dejar un drenaje tipo Penrose en el espacio de Retzius, previa hemostasia de puntos sangrantes, el cual se retira a las 48 a 72 horas del postoperatorio. La paciente sale de quirófano con la sonda Foley (a la cual se desinfla a 10c.c.) para su recuperación.

En el caso de que se realice cistopexia, se desarrolla la técnica operatoria de histerectomía en la forma habitual hasta la extracción de la pieza, se toman los bordes de la cúpula vaginal con pinzas de Allis y se procede a efectuar un corte en "V" en la pared vaginal anterior realizando entonces la sutura coronal con material de reabsorción tardía (tipo Vycril No. 1) y prosiguiendo dicha técnica hasta el cierre de pared abdominal. De igual manera, la paciente sale de quirófano a su recuperación ulterior.

Los procedimientos antes enunciados justifican su realización en pacientes con indicación de cirugía abdominal por patología uterina o anexial comprobada asociada a IUE por factor anatómico, en especial aquellas con trastornos de estática pelvigenital de bajo grado como serían cistocèles I y II y uretrocele leve, moderado o amplio.

OBJETIVO GENERAL

CONOCER LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA URETROPEXIA RETROPUBLICA MODIFICADA PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA ANATOMICA DE ESFUERZO ASOCIADA A PATOLOGIA UTERINA Y/O ANEXIAL EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA # 3 DEL CENTRO MEDICO LA RAZA.

OBJETIVOS PARTICULARES.

1. Determinar las tasas de mejoría con la uretropexia retropúbica modificada en pacientes intervenidas durante 1992.
2. Determinar los cambios anatómicos a nivel de uretra, unión uretrovesical y la relación que guardan estas estructuras en la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo.
3. Determinar las complicaciones del manejo médico y quirúrgico con la uretropexia retropúbica modificada.
4. Evaluar la evolución postoperatoria de la paciente sometida a uretropexia retropúbica modificada.
5. Delimitar un marco de referencia para estudios comparativos a futuro con la uretropexia retropúbica modificada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuales son los resultados obtenidos en las pacientes intervenidas de URETROPEXIA RETROPUBICA MODIFICADA en el año 1992, con diagnóstico de incontinencia urinaria anatómica de esfuerzo, mínimos trastornos de estática pelvigenital y con patología uterina y/o anexial asociada?

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo y descriptivo con el fin de evaluar los resultados obtenidos con la técnica Uretropexia Retropública Modificada en el tratamiento de la IUE anatómica asociada a patología uterina o anexial en pacientes del Hospital de Ginecoobstetricia # 3 del Centro Medico La Raza en el año de 1992.

Se revisaron los expedientes de 43 pacientes de los cuales se obtuvieron los siguientes datos:

- EDAD
- PARIDAD
- ANTECEDENTES DE MENOPAUSIA.
- ANTECEDENTES DE CIRUGIA VAGINAL.
- DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.
- CIRUGIA EFECTUADA Y COMPLICACIONES.
- EVOLUCION POSTOPERATORIA HOSPITALARIA.
- EVOLUCION COMO EXTERNA Y COMPLICACIONES MEDICAS.

Los datos obtenidos por medio de una hoja de concentración fueron analizados y se presentan a continuación los resultados obtenidos.

RESULTADOS.

Se estudio un grupo de 43 pacientes con edades entre 33 a 72 años, con un promedio de 44.3años. La distribución por grupos de edad se señala en la tabla 1.

Se consideró a la paridad como el número de partos, sin incluir el número de cesáreas o abortos; en este grupo se observó que 13 pacientes tuvieron 1 a 2 partos (30.2%); 20 pacientes tuvieron de 3 a 5 partos (46.5%) y 10 pacientes tuvieron 6 o más partos (23.3%), lo anterior se representa en la tabla 2.

Del grupo estudiado sólo en 5 casos encontramos antecedente de menopausia fisiológica (11.6%); por otro lado, el antecedente de cirugía vaginal correctiva se encontró en 6 pacientes (13.9%), en todas ellas se había realizado una colpoplastia anterior, y en una además operación Pereyra. (tabla 3).

Cumpliendo los criterios de inclusión, todas las pacientes presentaron Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. En cuanto a diagnóstico prooperatorio, se encontraron las siguientes causas de patología uterina asociada: miomatosis uterina en 27 casos, congestión pélvica en 14, adenomiosis en 3, CaCu en 4 e hiperplasia endometrial en 2 casos. En cuanto a patología anexial sólo 1 paciente presentó un tumor de ovario. Cabe señalar que el total de patologías enunciadas sobrepasa el número de pacientes dado que algunas presentaron 2 o más diagnósticos. (tabla 4).

También se evaluaron los trastornos de estática pelvigenital cistocelo y uretrocele. Se observó cistocelo grado I en 29 pacientes y grado II en 14 pacientes; uretrocele leve en 18 pacientes, moderado en 15 y amplio en 10 casos. Lo anterior se presenta en la tabla 5..

Se realizó histerectomía total abdominal en las 43 pacientes; en 40 casos se efectuó uretrotomía retroperitoneal modificada y en 31 casos se realizó cistotomía (tabla 6). En todos los casos se siguieron las técnicas descritas y se utilizaron los materiales indicados.

Treinta y nueve pacientes fueron intervenidas sin complicaciones, y en 4 casos (9,3%) se presentaron: un hematoma retroperitoneal, lesión ureteral, lesión vesical y adherencias de intestino a pared abdominal, 1 caso en cada rubro. Debemos mencionar que únicamente a la paciente quien sufrió lesión vesical no se realizó procedimiento antiincontinencia.

La estancia hospitalaria fué de 4 días en 38 pacientes y de 5 días en 2 casos. Las 4 pacientes complicadas (exceptuando el caso de hematoma retroperitoneal) ameritaron entre 7 y 16 días de estancia para su manejo.

La sonda foley se mantuvo por espacio de 3 días en 22 pacientes (51,1%), por 4 días en 18 pacientes (41,8%), por 5 días en dos pacientes (4,6%) y por 30 días en un caso (2,3%), esto último debido a la ferulización ureteral secundaria a lesión.

El drenaje tipo penrose fué colocado en 3 pacientes por dos días, en 12 pacientes por 3 días, en 17 pacientes por 4 días y en 2 pacientes por 5 días; no se colocó en 9 pacientes.

La evolución postoperatoria fué satisfactoria en 38 pacientes y complicada en 5 (11%). Las causas fueron las siguientes: eventración abdominal (1 caso), hematoma suprapúbico (1 caso), absceso del espacio de Retzius (1 caso), hematoma de pared abdominal (1 caso) y fistula enterocutánea (1 caso).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Se siguieron en Consulta Externa de Ginecología a 39 pacientes:

En 27 casos el seguimiento fué al mes, en 6 casos fué de 2 a 3 meses, en 3 casos entre 4 y 6 meses y en 3 casos entre 6 y 12 meses. Cuatro casos no pudieron seguirse por manejo en otros servicios o ausentismo de las pacientes. (tabla 7).

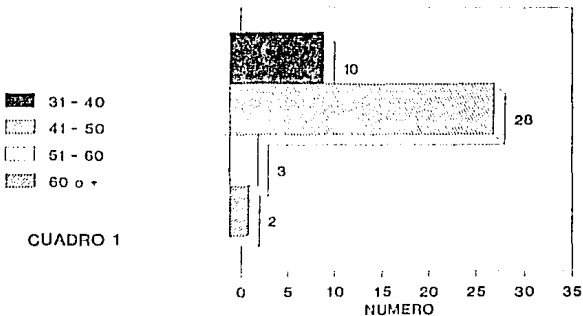
Se corroboró mejoría en 35 casos (81.3%) y fracaso en 2 casos (4.8%); en 6 casos no pudo determinarse (14.1%)

Se investigó infección de vías urinarias tanto por clínica como por laboratorio, detectando 7 casos (16%) los cuales recibieron manejo específico (Tabla 8).

Treinta y tres pacientes fueron egresadas del servicio y 10 recibieron subsecuencia dado a otros manejos, complementar seguimiento o ausencia de las mismas.

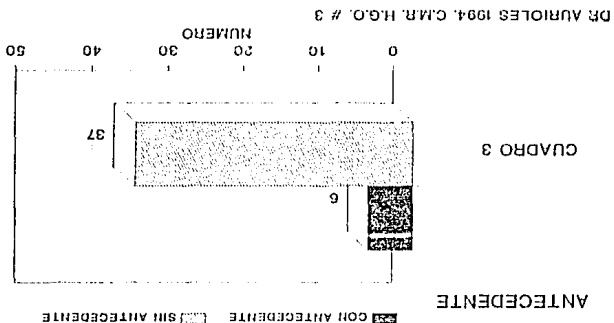
URETROPEXIA RETROPUBLICA MODIFICADA EIDADES

EIDADES



CUADRO 1

DR AURIOLAS 1994 H.G.O. # 3 C.M.R.



CUADRO 3

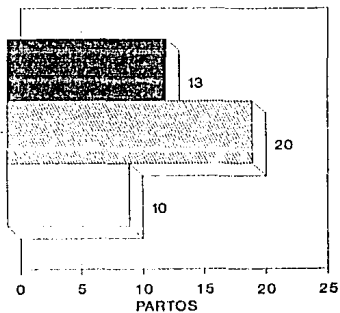
DR AURIOLAS 1994 C.M.R. H.G.O. # 3

URETROPEXIA RETROPUBLICA MODIFICADA ANTECEDENTE DE CIRUGIA VAGINAL

URETROPExIA RETROPUBLICA MODIFICADA PARIDAD

NUMERO

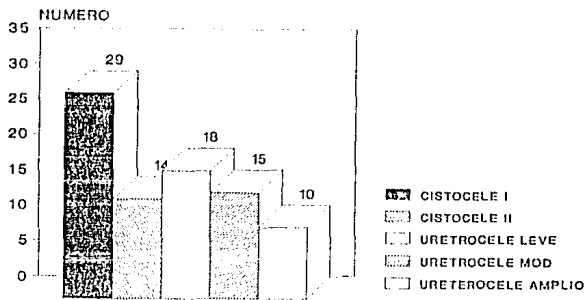
- 0 A 2
- 3 A 5
- 6 O MAS



CUADRO 2

DR AURIOLES 1994 H.G.O. # 3 C.M.R.

URETROPEXIA RETROPUBICA MODIFICADA DIAGNOSTICO PREOPERATORIO



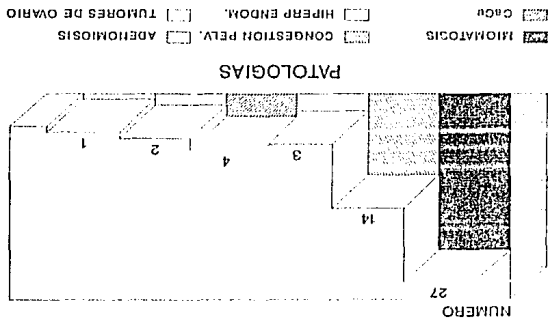
TRASTORNOS DE LA ESTATICA PELVICA

DR AURIOLAS 1994 H.G.O. # 3 C.M.R.

CUADRO 5

CUADRO 4

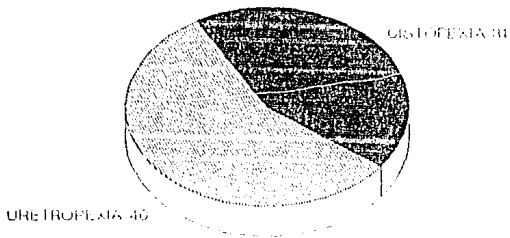
DR AURIOLAS 1994 H.G.O. # 3 C.M.R.



URETROPEXIA RETROPUBICA MODIFICADA DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

URETROPEXIA RETROPUBICA MODIFICADA TIPOS DE CIRUGIA REALIZADA

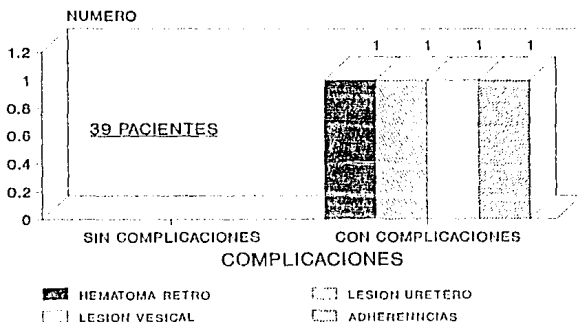
H.T.A EN TODOS LOS CASOS



DR XURIOLES 1994 H.G.O. # 3 C.M.R.

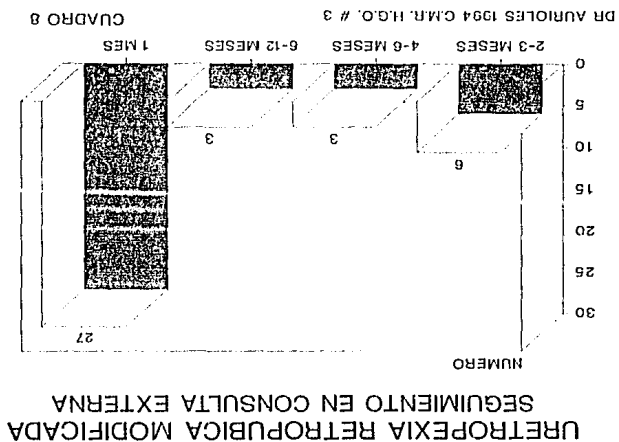
CUADRO 6

URETROPEXIA RETROPUBICA MODIFICADA COMPLICACIONES QUIRURGICAS



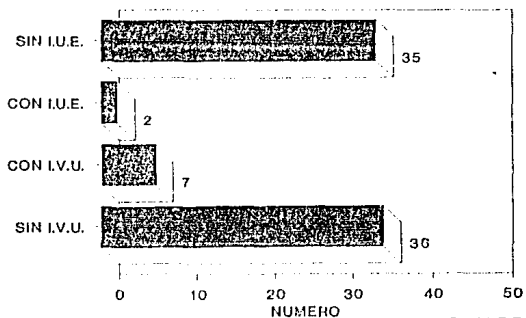
DR-AURIOLES 1994 H.G.O. # 3 C.M.R

CUADRO 7



URETROPEXIA RETROPUBICA MODIFICADA
CORRECCION DE LA I.U.E.

CORRECCION



DR AURIOLAS 1994 C.M.R. H.G.O. #3

CUADRO 9

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Todas las pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Los antecedentes de las pacientes en cuanto a edad y paridad son acordes a lo reportado en la literatura siendo un promedio de 44 años y nullíparas (3 o más partos) respectivamente.

También deben documentarse el hipoestrogenismo secundario a menopausia (11% de los casos) y el antecedente de cirugía vaginal correctiva (13% de los casos) como factores predisponentes de IUE.

Ya se mencionó que 4 pacientes tuvieron complicaciones transoperatorias (9.3%) lo cual está dentro del rango esperado para cirugía abdominal. Debemos anotar que a la paciente con lesión ureteral si se realizaron los procedimientos antiincontinencia pero no pudo seguirse debido a traslado al servicio de Urología.

El manejo con sonda Foley por 3 a 4 días, y la estancia promedio también de 4 días son ya normas en el manejo del servicio de Ginecología de nuestra Unidad.

De las complicaciones postoperatorias encontradas (5 casos) queremos señalar las dos consideradas mayores: La paciente con fístula enterocólica fue trasladada al servicio de Cirugía General para su manejo definitivo; y la paciente con evisceración abdominal fue manejada por nosotros realizándose lavado de cavidad y cierre de pared abdominal. Lo anterior acrecienta los días de estancia en el servicio y el tipo de manejo.

En el caso de las complicaciones postoperatorias consideradas menores, (absceso y hematoma del espacio Retzius, y hematoma de pared abdominal) recomendamos fina

hemostasia y uso sistemático del drenaje lipo penrose, el cual deberá retirarse en el tiempo requerido dependiendo del drenaje del mismo.

Dada la incidencia de IVU encontrada en el seguimiento externo de las pacientes (16%), creemos necesaria la valoración clínica y por laboratorio a fin de identificar dicha complicación y tratarla en forma oportuna.

Por último, las series reportadas en la literatura han demostrado que el seguimiento para las pacientes con IUE debe ser por 5 años para determinar el éxito o fracaso del procedimiento quirúrgico, medida que no puede tomarse en nuestra Unidad dado que es un tercer nivel de atención y el seguimiento es pobre. Se plantea la posibilidad de seguimiento por unidades de segundo nivel y de ser posible efectuar las investigaciones necesarias para demostrar lo anterior en nuestra población.

CONCLUSIONES .

Se presenta una alternativa quirúrgica en el manejo de la IUE en pacientes con trastornos de estática pelvigenital mínimos y patología uterina o anexial asociada, la cual aporta resultados congruentes con la literatura reportada pero que desde el punto de vista técnico es más sencilla en su realización.

No hay modificaciones en tanto a la estancia, éxito o complicaciones esperadas con la técnica presentada aunque para determinarlo debe realizarse un estudio prospectivo y comparativo con otras técnicas, sirviendo el presente estudio como base para lo mismo.

BIBLIOGRAFIA.

1. Sahagun J.A.; B.Charem: INCONTIENCIA URINARIA DE ESFUERZO: TECNICA VAGINAL MODIFICADA POR TUNELIZACION. Ginec. Obstet. Mex. 1987; 55 149-155.
2. Kil P.J; et. al.; TRANSVAGINAL ULTRASONOGRAPHY AND URODYNAMIC EVALUATION AFTER SUSPENTION OPERATIONS:COMPARISON AMONG THE GITTES, STAMEY AND BURCH SUSPENTIONS. J.Urol. 1991; 146; 132-136.
3. Bergman A.; P.Koonings;Ch. Ballard: PROPOSED MANAGEMENT OF LOW URETHRAL PRESSURE TYPE OF GENUINE STRESS URINARY INCONTINENCE. Ginecol. Obstet. Invest. 1989; 27; 155-159.
4. Kohorn E.: CIRUGIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. Clin. Med. de Norteam. 1990.
5. Peña M.; G. Silva; et. al: TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO III. OPERACION DE BURCH. Ginec. Obstet. Mex. 1988; 56; 39-44.
6. Borgman A.; P. Koonings; Ch. Bajjard: COMPARISON OF THE THREE DIFFERENT SURGICAL PROCEDURES FOR GENUINE STRESS INCONTINENCE: PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY. Am. J. Obstet. Gynecol. 1989; 160; 1102-1105.

7. Bowen L.; P.Sand; D. Ostergard: UNSUCCESSFUL BURCH RETROPUBIC URETROPEXHY: A CASE-CONTROLLED URODYNAMIC STUDY. Am. J. Obstet. Gynecol. 1989; 160; 452-458.

8. Park G.; E. Miller: SURGICAL TREATMENT OF STRESS URINARY INCONTINENCE: A COMPARISON OF THE KELLY PPLICATION, MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ AND PEREYRA PROCEDURES. Obstet. Gynecol. 1988;71; 575-579.

9. Bent A.: MANAGEMENT OF RECURRENT GENUINE STRESS INCONTINENCE. Clin. Obstet. Gynecol. 1990; 33; 358-365.

10. Parnell J.; V.Marshall; E.Darracoll: MANAGEMENT OF RECURRENT URINARY STRESS INCONTINENCE BY THE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ VESICourethropeXY. J. Urol. 1984; 132; 912-914.