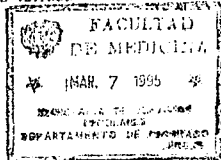


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

11217  
73  
2EJ

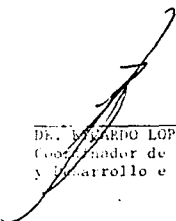
FACULTAD DE MEDICINA  
I. S. S. S. T. E.  
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

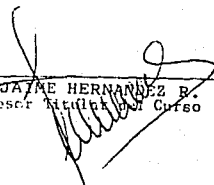


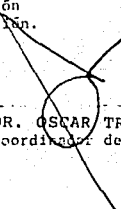
"OPERACION DE PEREYRA MODIFICADA COMO TRATAMIENTO  
DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO CIVIL".

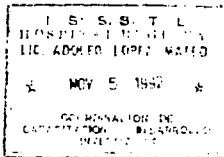
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL DR.  
MARIO HERNANDEZ VICENTIN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

  
DR. EDUARDO LOPEZ FRANCO  
Coordinador de Capacitación  
y Desarrollo e Investigación.

  
DR. JAIME HERNANDEZ B.  
Profesor Titular del Curso

  
DR. OSCAR TREJO SOLOBZANO  
Coordinador del Servicio



SSSTE

06 NOV. 1992

Subdirección General Médica  
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación  
Departamento de Investigación

1995



## **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.


"OPERACION LE PEREYLA MODIFICA EL TRATAMIENTO  
DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)".

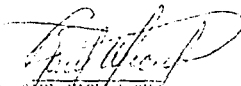
INVESTIGADOR: DR. MARIO HERNANDEZ CASTELLAN

AV. LOS INDEPENDIENTES  
SANTO DOMINGO  
C.P. 20000  
CIUDAD DE GUATEMALA

ASESORA: DRA. SILVIA CASTELLAN

VOCAL DE INVESTIGACION: DRA. MA. DEL ESTERGO GARCIA MTZ.

  
DR. MARIO HERNANDEZ CASTELLAN  
Jefe de Investigación

  
DR. RAÚL MACÍAS CUE  
Jefe de Capacitación y Desarrollo

México, D. F., Septiembre 1992.

INDICE:

	Pag.
RESUMEN . . . . .	0
INTRODUCCION . . . . .	1
MATERIAL Y METODOS . . . . .	20
RESULTADOS Y GRAFICAS. . . . .	30
CONCLUSIONES . . . . .	36
REFERENCIAS . . . . .	37

## RESUMEN:

Se sometieron a operación Perceira modificada, un total de 55 pacientes cuya sintoma principal era la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), en el servicio de Ginecología - del Hospital "Dr. Américo López Vargas" del ISSSTE, en el edificio de Ginecología, durante el periodo comprendido de Marzo de 1990 a Febrero de 1991.

La mayoría de los pacientes, 42 (76.3%) tienen entre 36 y 55 años de edad; 43 (78.2%) reportaron ser casadas; 21 (38.2%) presentaron a sus hijos entre 11 y 18 años de edad; 47 (85.5%) con incontinencia urinaria grado I; 48 (87.3%) tuvieron intervenciones quirúrgicamente con anestesia regional del tipo bloqueo paravertebral y 16 (29.1%) de las pacientes no tenían cirugía previa anti-incontinente.

De las complicaciones que se presentaron, la infección de vías urinarias y lesión vesical, 8 y 5 casos respectivamente, fueron las más frecuentes.

Se llevó un control en todas las pacientes, a los 3, 6, y 12 meses posteriores a la cirugía y se encontró que a los 3 meses 49 (89%) de las pacientes no tenían IUE; a los 6 meses 44 (80%) y a los 12 meses 43 (78%) continuaban sin IUE, por lo que se considera como índice de éxito.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, se concluye que este tipo de cirugía anti-incontinente puede llevarse a cabo en pacientes con IUE obteniendo un buen índice de éxito y bajo riesgos de morbi-mortalidad.

#### SUMMARY

During a period from March 1 to 1 February we operated 51 female patients whose main symptom was stress urinary incontinence, using a functional technique Perceira's modified operation, in the Hospital Provincial "Lic. Antonio Lopes Mateus" (ISSNIB, Gynecology service), in the municipality of Distritos.

The majority of our patients 42 (76.3%) have ages between 36 and 50 years. 41 (79.2%) reported to be married; 21 (38--12%) with cystoscopy grade 1 and rectoscopy grade 1; 47 (85--1%) with urinary incontinence grade 1; 46 (87.2%) had perineal ptosis as coexisting; 46 (83.7%) didn't have previous surgery anti-incontinent.

Urinary tract infections and vesical lesions were the most frequent observed on 8 and 5 cases, respectively.

We followed our patients at 3,6,12 months post-surgery and we found that at 3 months 49 (89%) had no stress urinary incontinence, even at 6 and 12 months 44(89%) and 43 (78%) - at 12 months were free of S.U.I. so it is considered as success index.

According to results obtained in the present study, we concluded that this kind of anti-incontinent surgery may carry on patients with S.U.I. obtaining a good success index and low risk of morbimortality.

OPERACION DE PLEYRA MODIFICADA  
COMO TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA  
URINARIA DE ESFUERZO (IUE)

## DEFINICION.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), es la causa más común de pérdida involuntaria de orina en las mujeres. Precisamente debido a esto se define como la pérdida involuntaria de orina a través de una, uretra intacta, la cual se debe a un incremento de la presión intrabdominal y cuya magnitud es suficiente como para causar problemas sociales.<sup>2</sup> Esta incontinencia casi siempre se agrava cuando la paciente se encuentra en posición erecta por cualquier acción o enfermedad que implique un aumento de la presión intrabdominal, nunca es provocada por una contracción del músculo detrusor, lo que es más importante, puede ser diagnosticada mediante el examen físico.

### Impacto Social:

De mujeres ańosas que viven de manera comunitaria y padecen incontinencia, cuando mucho la mitad ha consultado a un médico. En un gran estudio de pacientes enviadas a hospitales de tercer nivel, Norton y colaboradores encontraron que 60% tenfan retraso en la búsqueda de tratamiento de más de un ańo a partir de que sus síntomas se hicieron intensos. La mitad de estas pacientes dijo que se había tardado en acudir al médico porque estaba muy alterada como para tratar un problema como éste, y 17% dijo que pensaba que el trastorno este normal para su edad. Holst y Wilson encontraron que sólo 33% de sus pacientes con incontinencia que asistían regularmente al médico (dos o más veces por mes) había buscado ayuda médica por su problema. También encontraron que 81% de su muestra de mujeres en convivencia comunitaria no buscó ayuda por incontinencia de aparición regular dado que consideró que el trastorno fuera normal y 10% no había buscado ayuda médica porque tenía poca esperanza de beneficios por el tratamiento.

Los sujetos con inestabilidad del detrusor comunicaron mayor alteración de sus actividades diurnas que aquellos con incontinencia de esfuerzo.



La continencia es un fenómeno aprendido durante el entrenamiento infantil para ir al baño. Por tanto es de entender que muchos adultos que presentan incontinencia en etapas avanzadas de la vida sientan una pérdida de su adultez e independencia y muchos han tenido un pariente que fue enviado a una casa de asistencia por incontinencia. 17

## FRECUENCIA.

Se calcula que de 10 a 12 millones de estadounidenses padecen incontinencia urinaria. Thomas y colaboradores encontraron que la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 15 a 64 años, es actualmente de 8.5%. En mujeres de 65 años y mayores la prevalencia aumentó a 11.6%. Menos de 33% de las pacientes en su estudio con incontinencia intensa recibieron atención médica o social para su trastorno. En comunidades de personas añosas suele calcularse una prevalencia de 15 a 30%.

Casi todos los estudios han mostrado que la prevalencia de la incontinencia no disminuye con la edad. Yarnell y colaboradores encontraron que 45% de una muestra de población comunitaria añosa tuvo incontinencia urinaria; de ellas 50% tenía incontinencia de esfuerzo, 20% incontinencia de urgencia y 30% síntomas combinados. En este estudio, la incontinencia de esfuerzo disminuyó conforme avanzó la edad (más de 65 años), en tanto que al mismo tiempo, la incontinencia de urgencia y los síntomas combinados aumentaron.

Brocklehurst y colaboradores también encontraron que la prevalencia de incontinencia de esfuerzo disminuyó con la edad, de manera concomitante con un aumento en los síntomas de urgencia y combinados. Diokno y colaboradores encontraron porcentajes similares de incontinencia en todos los grupos de edad, que variaron de 34 a 39% de prevalencia de incontinencia en cada grupo.

Sólo cuando se conozca mejor la prevalencia de la incontinencia urinaria en diferentes grupos se puede empezar a calcular el costo de su tratamiento. La incontinencia urinaria tiene un impacto en la sociedad como un todo: se gastan más de 10 millones de dólares al año en el tratamiento de la incontinencia en Estados Unidos tan solo. <sup>17</sup>

## ETIOLOGIA.

La mayor parte de nuestros conocimientos acerca de la continencia urinaria en la mujer normal proviene de la información obtenida en la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). Por esta razón, más el hecho de que la IUE es sumamente común, esta tesis está dedicada a la IUE, pero el ginecólogo debe recordar que una gran parte de estos conocimientos son aplicables a pacientes con incontinencia urinaria total por causas ampliamente diversas, tales como fracturas pélvicas, incontinencia por radiaciones, e incontinencia quirúrgica iatrogénica. Las variadas causas de incontinencia son más convenientemente clasificadas de acuerdo con pautas anatómicas: la lista consignada en el cuadro 1, está basada según Stamford.

Las causas más comunes de incontinencia urinaria en la mujer son la IUE y la inestabilidad del detrusor no obstructiva. Es obvio que las mujeres pueden padecer una incontinencia urinaria por más de una causa (p.ej. IUE e inestabilidad del detrusor). Existen algunas pacientes en quienes no es posible demostrar una IUE ni anomalías del detrusor a pesar de someterlas a los exámenes más completos. Es indudable que las pacientes con IUE y con traumatismos iatrogénicos y pélvicos representan la gran mayoría de los casos quirúrgicamente curables y que la corrección quirúrgica de la incontinencia en estas pacientes requiere la restauración del cuello vesical, el cual debe pasar de una posición inferior en la pelvis a una posición alta detrás de la sínfisis púbica. <sup>18</sup>

## Cuadro I

### Causas de inconcincencia urinaria en la mujer.

#### Uretrales.

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).\*

Tratamiento iatrogénico.

Resección transuretral.

Y-V plástica del cuello vesical.

Diverticulectomía uretral.

Operaciones para IUE.

Radiaciones.

Traumatismos pelvianos.

Anomalías congénitas.

Uretrocele ectópico.

"Esfínter" congenitamente defectuoso (uretra corta).

Epispadias con extrofia o sin ella.

#### Vesicales(detrusor).

Contracciones involuntarias (inestabilidad).

No obstructiva.\*

Obstructiva.

Detrusor acontractil (rebalsamiento).

Fístulas vesicovaginales.

Funcionales (Psiquiátricas).

#### Ureterales.

Fístulas uretrovaginales.

Uréter ectópico.

#### Desconocidas.

Mujeres que no padecen IUE ni una inestabilidad del detrusor.\*

\* La IUE, la inestabilidad del detrusor no obstructiva y las mujeres con pérdidas de orina en quienes no es posible demostrar una inestabilidad del detrusor ni una IUE representan un 95% o más de todas las mujeres incontinentes.

## ANATOMIA.

Embriológicamente la vejiga y la uretra se originan en un esbozo mesenquimático común que es una división anterior del seno urogenital y esto explica por que sus tunicas musculares son similares. La vejiga es un órgano musculoso hueco revestido por epitelio transicional. La base de la vejiga descansa sobre el segmento inferior del útero mientras que el trigono está sobre el tercio superior de la pared anterior de la vagina. La pared anterior de la vejiga está en el espacio de Retzius, directamente detrás de la sínfisis pubiana. La pared de la vejiga consta de tres capas: una longitudinal externa, una longitudinal interna y una circular media. Estas tres capas musculares se hallan extensamente interdigitadas, al extremo de que muchos anatomistas solo describen dos capas en la pared vesical, la externa y la interna.

Todo el espesor de la pared vesical representa el músculo detrusor, que anatómicamente y fisiológicamente es independiente del trigono. Al converger el músculo detrusor en el orificio interno del cuello vesical, se dispone en tres capas. La capa interna llega al cuello vesical y desciende por la uretra para convertirse en la capa longitudinal interna de la uretra. La capa circular media, que termina a nivel de la vejiga y no llega a la uretra, muchas veces es difícil de identificar. La capa longitudinal externa se identifica con nitidez donde converge sobre el cuello vesical, rodeando a la unión uretro-vesical a modo de una banda, y forma una musculatura lisa circular que rodea a toda la uretra. Al contraerse la vejiga durante la micción normal, esta prolongación de la musculatura vesical causa una infundibulización y acortamiento de la uretra posterior.

El trigono de la vejiga también está constituido por tres capas musculares. El músculo trigonal profundo corresponde a la capa circular media de la vejiga, en tanto que el músculo longitudinal interno se fusiona con el músculo longitudinal del ordo y de la uretra. Aunque es difícil de identificar, existe un músculo longitudinal externo que se interdigita con el músculo longitudinal de la pared vesical.

La uretra mide unos 3.5 a 4.5 cm de longitud en la mujer. Las capas de músculo liso longitudinal interna y circular externa son prolongaciones de la musculatura lisa de la pared vesical. <sup>21</sup> Estos

músculos se hallan densamente entrelazados y hacen las veces de esfínter uretral interno. (Se extiende en aproximadamente 20% de la luz uretral inicial) el cual mantiene una presión intramural tónica constante. El músculo esfinteriano estriado se concentra en el tercio medio de la uretra, (de 20 a 80% ) de la longitud luminal de la misma) formando el mecanismo esfinteriano externo. Para algunos anatomistas estas fibras estriadas son derivaciones de 1. músculos transversos profundos del periné, pertenecientes al diafragma urogenital, y del músculo puborectal del elevador del ano, innervado por los nervios sacrales (S2-S4) (fig 1) Como los cambios del perfil manométrico demuestran, los músculos esfinterianos crean una presión intramural máxima en la porción media de la uretra unos 2 cm. de la unión uretrovesical. Los músculos bulbocavernosos del diafragma urogenital contribuyen poco al mantenimiento de la continencia urinaria. 1

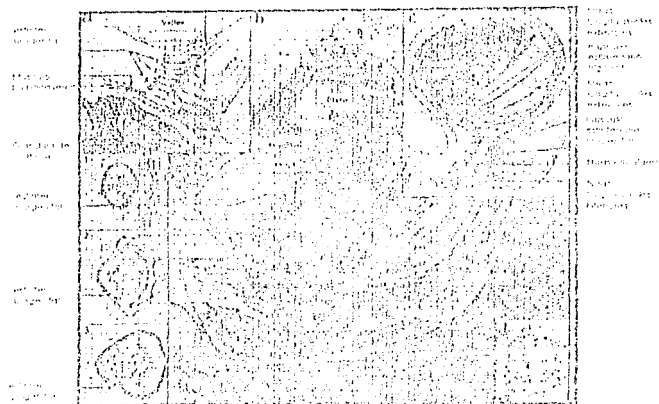


Fig. 1. Músculos que forman el mecanismo esfinteriano externo. El esfínteriano externo se crea por la acción de los músculos puborectal y bulbocavernosos del diafragma urogenital y del músculo bulbouretral. (1)

## Anatomía del sostén.

El mecanismo encargado del cuello vesical y la uretra proximal implica interconexiones de tres estructuras: 1) el arco tendinoso de la aponurosis pélvica 2) los músculos elevadores del ano y 3) la aponurosis endopélvica alrededor de uretra y vagina.

A cada lado de la pelvis, hay una banda fibrosa, el arco tendinoso de la aponurosis pélvica, que de ahora en adelante llamaremos "línea blanca". Esta uretra en la posición ventral al pubis y en la posterior a la espina del hueso ilíaco. Esta conexión con el pubis se encuentra 1 cm por arriba del fondo anterior de la uretra y 1 cm por fuera de la línea media. En posición anterior del arco es una banda tendinosa delgada, en la parte posterior se ensancha y tiende a expandirse. En la región cercana a los huesos del pubis, el arco se encuentra en la cara interna de los músculos elevadores del ano, que pasan de la cara interna de los huesos púbicos hasta 1 a 4 cm por arriba del arco. "

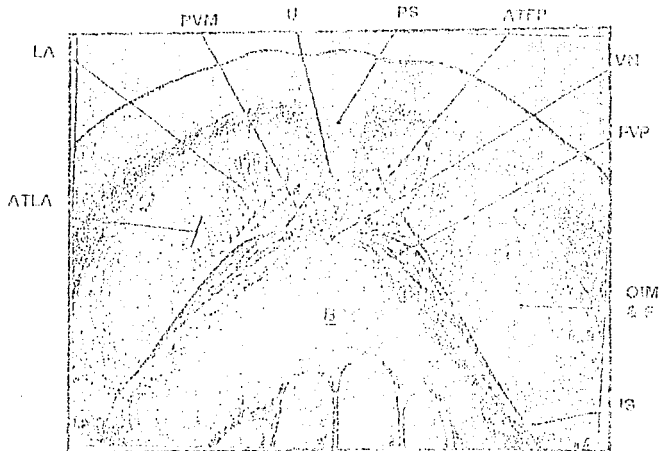


Fig. 2. Vista anterior del cuello vesical y la uretra proximal. El diagrama muestra la conexión entre el arco tendinoso de la aponurosis pélvica y el pubis, y la relación con los músculos elevadores del ano. Se indican también la línea blanca (LA), el músculo transverso del abdomen (TVA), el músculo recto anterior del abdomen (RA), el músculo recto interno del abdomen (RI), el músculo recto externo del abdomen (RE), el músculo piriforme (PI), el músculo isquial (IS), el músculo isquial menor (IM), el músculo isquial mayor (IP) y el músculo isquial menor (OIM).

La uretra y la pared vaginal anterior tienen conexión íntima, una relación que depende de su derivación común del plexo urogenital. Se trata de dos componentes de una unidad que se sostiene junta por tejido conectivo endopélvico (aponeurosis endopélvica). Es el soporte de éste conjunto de tejidos, y no la uretra sola, lo que modifica el sostén uretral.

La disposición estructural que provee sostén a la uretra proximal y el cuello vesical tiene dos porciones. Primero, aquella porción de tejido conectivo endopélvico entre la uretra proximal y la vagina se adhiere a la línea blanca. En segundo lugar, el tejido conectivo alrededor de la vagina se interliga con las fibras musculares de los músculos elevadores del ano en esta región (Fig. 3). Se ha mencionado la primera conexión como inserción aponeurótica de los sostenes uretrales y la última como su inserción muscular.<sup>10</sup>

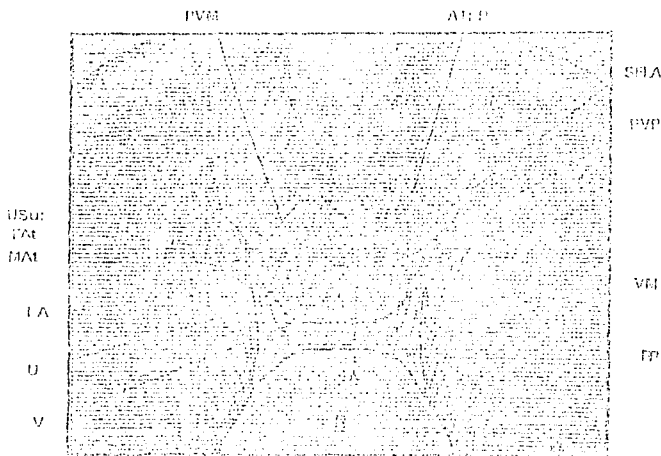


Fig. 3. Conexión entre la uretra y la pared vaginal anterior. Se muestran las fibras conectivas que sostienen la uretra y la pared vaginal anterior. Las líneas que conectan la uretra con la pared vaginal anterior y con los músculos elevadores del ano representan la inserción aponeurótica y muscular de los sostenes uretrales. (Reproducido de la obra de De Lee y De Lee, "Anatomía de la mujer", 1958, p. 15, con modificaciones.)

La porción del elevador del ano entre su origen en el hueso púbico y la inserción muscular se conoce como la porción pubovaginal del elevador del ano. La implicación funcional de esta disposición es que la posición de la uretra y la vagina adyacente son controladas por estas dos inserciones a los músculos elevadores del ano y la línea blanca, con estas conexiones las empujadas de la posición y movilidad de la uretra proximal y el cuello vesical. El elevador adyacente a las vísceras se especializa en conservar un tono constante. De hecho estudios electrofisiológicos confirman que, al igual que el esfínter anal externo, el elevador del ano está contrayéndose de modo constante y se relaja sólo durante la defecación y micción. Por tanto, esta conexión muscular explica la capacidad del músculo para conservar la posición elevada del cuello vesical en reposo, inclusive cuando el individuo está contrayendo su elevador del ano de manera involuntaria.

## FISIOLOGÍA.

Anatómicamente, la uretra no atraviesa ningún piso específico al pasar de la vejiga al introito. Más bien es un componente del piso pélvico, como se manifiesta al revisar cortes sagitales de uretra y vagina, o en la dirección de la región. Por tanto, la uretra es modificada por la conexión de los tejidos circundantes con estructuras adyacentes. En la parte anterior de la pelvis, cerca de la uretra, la capa que limita la esfera de presión intraabdominal es la pared vaginal anterior y su aponeurosis endopélvica unida, cuya estabilización determina si la uretra se modifica por la presión intraabdominal.

La uretra está inclinado un poco hacia afuera de la vertical, alejándose de los huesos púbicos. Por tanto, la fuerza de la presión abdominal tiende a moverlo en sentido dorsal y caudal. Este movimiento es resistido por las inserciones de la pared vaginal anterior y la aponeurosis endopélvica a los músculos elevadores del ano y la línea blanca. Aumentos adicionales de la presión abdominal tienden a comprimir la uretra proximal contra la pared vaginal anterior y la aponeurosis endopélvica, en tanto permanecen insertadas lateralmente a la línea blanca y los músculos elevadores.<sup>1</sup>

Esto quiere decir que si la pared vaginal y aponeurosis endopél-



vicia se separan y descienden sin detenerse, no hay forma de comprimir la uretra y ocluiría entre ellas. No obstante, si esta capa resiste el descenso, la presión intraabdominal fuerza la uretra contra tejidos subjacentes y comprime su luz manteniéndola cerrada. Por tanto, no es importante dónde se detenga esta capa, sino más bien que en un momento dado lo haga.

También parece importante que el descenso de la uretra se detenga antes que el descenso vesical, porque este último es necesario para generar aumento de la presión intravesical. Esto pudiera explicar porqué mujeres con grandes cistómas vesicales pueden tolerar el descenso notado del cuello vesical sin incontinencia, en tanto que aquellas con un sostén intravesical relativo sufre mejor que bajo la uretra no lo hacen.

En el pasado, se creía que la continencia dependía sólo del sostén por elementos fibrosos inertes. Las observaciones de los autores sugieren que el músculo estriado (porción pubovaginal y elevador del ano) también participan.

### Cuello vesical

Cuando el cuello vesical y la uretra proximal descienden al inicio de la micción, este cambio en la posición del primero permite que descienda con respecto a los huesos púbicos. Este cambio de posición produce tracción de los ligamentos pubovesicales hacia adelante sobre el cuello vesical, facilitando su abertura.

La banda fibrosa formada por el ligamento pubovesical se encuentra delante del cuello vesical y se ha denominado mecánicamente suspensor anterior de Olsen, que lo consideraba participante en el cierre del cuello vesical. Este cierre puede ocurrir por compresión del cuello vesical contra el ligamento pubovesical cuando se halla en una posición retro-púbica normal. Olsen observó que la lesión de esta estructura se asociaba con incontinencia inducida por estirazo y su reparación lo alivió el problema.

La importancia potencial de esta movilidad para el cierre yace en los problemas de retención que a veces siguen a las operaciones de suspensión uretral, que fijan la uretra a los huesos del pubis y la tornan inmóvil. Dicha fijación alienta la movilidad normal del cuello vesical y algunas de estas pacientes no restablecen la micción.

ción espontánea en el postoperatorio. Se ha demostrado en un gran grupo de operaciones que restablecen las conexiones laterales normales de los tejidos de sostén uretral, que cuando el aparato suspensor móvil normal se restablece, no solo se logra la continencia urinaria, sino que también hay una ausencia virtual de problemas miccionales postoperatorios.

### **Esfínter interno.**

Varias estructuras pueden cerrar la región del esfínter interno. Una es en forma de U del músculo detrusor, llamada *capa* del detrusor. Entre esta capa y la *hiz* uretral se encuentra un anillo de músculo liso y elastina conocido como anillo trigonal, que también puede participar en el mantenimiento de esta región del cuello vesical cerrada. Otros factores, como la composición del cuello vesical contra los ligamentos pubovesicales, se han descrito antes y también pudieran ser importantes para el cierre de la región.

### **Esfínter externo.**

El apoyo uretral y el esfínter están para prevenir la entrada de orina a la uretra proximal. Sin embargo, este mecanismo dista mucho de ser perfecto en 50% de las mujeres continentales la orina entra a la uretra durante la tos. En estos individuos la función de la uretra distal es la diferencia entre continencia e incontinencia.

La actividad esfinteriana de la uretra proviene de tres elementos anulares diferentes. Músculo liso, músculo estriado y componentes vasculares contribuyen todos con casi un 33% de la presión de cierre de la uretra en reposo.

Cada uno de los tres componentes del mecanismo de continencia, a saber, sostén uretral proximal, actividad del esfínter interno, y función de esfínter externo contribuyen a la continencia.<sup>20</sup>

## DIAGNOSTICO.

### Interrogatorio:

El aspecto inicial y más importante de la valoración de una mujer con incontinencia urinaria es la historia clínica exhaustiva con exploración física completa. La valoración inicial no siempre es diagnóstica, pero la información obtenida en ella debe guiar al clínico hacia la selección de pruebas diagnósticas adecuadas.

El interrogatorio es importante. Debe determinar al menos la presencia de una etiología o enfermedad franca, debe centrarse en la posibilidad de una causa asociada si la aparición de la incontinencia fue brusca (como una intervención quirúrgica pélvica) y debe incluir un cuidadoso análisis de las fuerzas de riesgo que determinan la IUE. La paciente típica padecerá alguna de las siguientes causas de la pérdida urinaria (Grado I o II) medida que la incontinencia se agudice para convertirse en grados menores de esfuerzo físico, tales como la marcha, la posición de pie a partir de una posición sentada o al incorporarse en la cama (Grado II). En los casos más severos, especialmente después de fricciones operativas o fracturas pélvicas recientes, se observará una incontinencia total y la orina escapa sin ninguna relación con la actividad física o con la postura (Grado III). Es importante considerar el grado de incontinencia e incluso estimar la cantidad de orina eliminada (1 a 10 cucharas higiénicas por día), dado que muchas operaciones básicamente inofensivas pueden curar la incontinencia del Grado I, pero no curarán los incontinentes Grado II o III. Por otra parte es indudable que las pacientes que se presentan sólo con una incontinencia con urgencia, es decir pérdida de orina que solamente tiene lugar después de que estos pacientes experimentan un deseo de orinar, no pueden ser curadas mediante la cirugía. Sin embargo la dificultad radica en que por lo menos una tercera parte de las pacientes con una incontinencia variable quirúrgicamente también experimentan incontinencia con urgencia y pueden ser aliviadas de estos trastornos mediante una desecación quirúrgica del cuello vesical.<sup>7</sup>

## Exploración Física.

Una exploración física exhaustiva de la mujer con incontinencia urinaria requiere la valoración abdominal, vaginal, pélvica, rectal y neurológica.

La detección de distensión vesical durante la exploración abdominal, en una paciente que ya tuvo micción, sugiere incontinencia por rebosamiento, que puede confirmarse por sondaje de la paciente y reexploración.

Puede detectarse privación de estrógenos, prolapso cervical, prolapso de cúpula vaginal, cistocèle, rectocèle y enterocèle mediante la exploración manual de la vagina. La presencia de omas en la vagina, sobre todo después de una histerectomía, es muy sugestiva de fistula genito-urinary.

La exploración digital pélvica y rectovaginal descarta tumores pélvicos, distorsión vaginal o una masa blanda detrás de la uretra (posible divertículo uretral). Se puede valorar la movilidad del cuello vesical de manera subjetiva, mediante su elevación manual hacia el pubis.

Una exploración neurológica lateral de detección, para valorar los siguientes rápidos sacros S2-S4, los nervios importantes que controlan la micción, en lo máximo que se requiere.

Se revisan la fuerza y el tono del esfínter anal externo. La respuesta normal del esfínter anal y el reflejo bulbospongioso indican funcionamiento normal de las raíces aferentes y eferentes del área reflejo sacro. Sin embargo, la falta de respuesta de estos reflejos no indica enfermedad neurológica, ya que no se despiertan, inclusive en la mujer intacta desde el punto de vista neurológico.<sup>27</sup>

Debe hacerse la continuación de la pérdida urinaria en algún momento de la exploración. Cuando tiene sensación de vejiga llena la paciente puja o tose en decúbito supino y de pie. La eructación de gases o el uso de sales inmediatamente después de la tos sugiere incontinencia de esfuerzo. La obstrucción urinaria también de gran importancia sugiere la etiología otra causa de incontinencia.<sup>28</sup>

## Pruebas diagnósticas

Pruebas simples, realizadas en el consultorio después de la exploración simple, o de manera concomitante, ayudan al clínico en cuanto a la realización de pruebas diagnósticas más elaboradas. La prueba del hisopillo de algodón (Otip) (normal: menos 30 grados pujando) es incómoda pero simple, y aunque no diagnóstica de incontinencia urínaria de origen peritúm, proporciona una medición objetiva de la movilidad del cuello vesical.

La otra prueba confirma la pérdida urinaria inmediatamente después de hacer o pujar, dando la paciente en posición ginecológica, con vejiga completamente llena y el catéter vertical. Aproximadamente un 80% de las pacientes con una incontinencia urínaria quirúrgicamente curable muestran una pérdida de orina en la posición ginecológica talente, tesa, mientras que otros 10% requieren una inclinación de 45 grados. El 10% restante muestra una pérdida de orina directamente relacionada con la tos pero cuando son examinadas en posición erecta.<sup>17</sup>

Pruebas diagnósticas adicionales incluyen, usualmente, per cystourethroscopía e imagenología diagnóstica, con la cistourethroscopía puede hacerse la observación directa de trastornos, como fistula, orificio ectópico o divertículo. Puede detectarse la infundibulización del cuello vesical, característica de la incontinencia urínaria peritum y hacerse distinción de manera diferencial.

Las pruebas más modernas incluyen una de las siguientes o todas: urofluorometría peritum, tele-*fluorografía* y cistometría. La más importante es esta última, ya que detecta vejiga hiperactiva, normal o hipotónica.

Un aspecto muy importante de la valoración de la incontinencia es la imagenología diagnóstica: la ultrasonografía, tomografía computarizada (TC) y picrografía intravesical (IVP) para identificar trastornos (prostatitis o tumor) y alteraciones anatómicas (prostatitis ectópica). La ultrasonografía puede proporcionar información acerca del cuello vesical, similar a la de hallazgos obtenidos con cistourethrografía radiológica.

La información de las pruebas diagnósticas combinada con los datos de la historia clínica y la exploración física permiten al clínico detectar la causa de la incontinencia urínaria y después estructurar un plan de tratamiento.<sup>18</sup>

## COMPLICACIONES:

La restauración quirúrgica del cuello vesical, para corregir su defecto anatómico en la IUE, puede ser realizada por varios procedimientos de suspensión. Aunque estos son generalmente seguros, pueden ocurrir complicaciones en el transoperatorio, postoperatorio inmediato y tardío.

### Transoperatorio:

**Daño Vesical:** La lesión vesical y uretral puede ocurrir por ambas vías (Vaginal y abdominal). Pereyra y Leblherz. En una serie de 210 pacientes sometidos a suspensión del cuello vesical con aguja, reportaron un caso de lesión vesical en el momento de la colocación de sutura.

**Daño Uretral:** Aunque es rara la lesión uretral, ha sido reportada durante la disección de la pared vaginal anterior o cuando se introduce la aguja en la operación de Pereyra modificada, cuando esto sucede es recomendable el cierre uretral inmediato y cateterización por largo tiempo. Si no se reconoce la lesión uretral es probable la formación de una fístula uretrovaginal.

**Sangrados:** La hemorragia es relativamente frecuente. Todos autores mencionan la necesidad de transfundir a sus pacientes.

**Daño Neural:** Usualmente al hacer el procedimiento de la suspensión transvaginal con la paciente en posición de litomía, se produce el riesgo de lesión neural. Por lo común el daño del nervio peroneo es más frecuente causado por compresión directa, todavía el daño del nervio peroneo, cutáneo, obturador, ciático y fibulopopliteo ocurren.

## Postoperatorio inmediato.

Retención Urinaria Aguda.- La retención urinaria postoperatoria es uno de los problemas más comunes en la cirugía anti-incontinencia. Kelly et al. Reportó que el 41% de 114 mujeres presentaron retención urinaria con la operación de Pereyra modificada, por lo que fué necesario la cateterización intermitente transitoria postoperatoria.

La mayoría de estas mujeres tuvieron retención urinaria transitoria, la cuál se resolvió en la primera o segunda semana. La retención prolongada se presentó en 3.3 %.

Incontinencia Urinaria Inmediata.- La salidad de orina después de la cirugía para la HUE, puede deberse a la persistencia de HUE, incontinencia por rebosamiento, incontinencia causada por inestabilidad del detrusor, infección del tracto urinario y vaginitis.

Inestabilidad Vesical.- Los síntomas urgencia y frecuencia en el postoperatorio son relacionados con HUE e inestabilidad vesical.<sup>5</sup> Webster y Coworkers realizaron evaluaciones urodinámicas en 51 mujeres después de operadas para incontinencia urinaria y encontraron 28 (55%) con inestabilidad del detrusor como un factor contribuyente. Lockhart y Coworkers reportaron inestabilidad vesical en 52.7% en un grupo de mujeres incontinentes después de dision-retropexia retropúbica y reparación anterior. También estos autores fundamentaron que presiones altas e inestables ( $> 25$  cms H<sub>2</sub>O) indican un mal pronóstico después de la cirugía anti-incontinencia.

Complicaciones de Heridas.- El índice de infecciones de heridas entre los variados procedimientos de suspensión es entre el 2% y 16%. Los factores que se correlacionan con las infecciones de heridas son obesidad, diabetes y pérdida de sangre considerable. En los abscesos retropúbicos uno o más de estos factores son los causantes de esta complicación.

## Postoperatorio Tardío.

El índice preciso de recurrencia de IIE después de cirugía anti-incontinente no es tan fácilmente valorable, debido a que la mayoría de reportes son retrospectivos, de cantidad recalcada y el tiempo de seguimiento generalmente es corto. Kelly y col. al comparar el índice de éxito de la operación de Pereyra modificada con otras cirugías encontró lo siguiente (Tabla I).

Tabla I.

Procedimiento	Índice de éxito (%)
Marshall-Marchetti-Krantz	60-98
Burch	80-100
Operación de Pereyra modificada	51-96
Stamey	57-91



## TRATAMIENTO.

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

La mayoría de los autores concuerdan que el advenimiento de las pruebas urodinámicas es posible descubrir casos en donde la etiología de la incontinencia urinaria no es anatómica y requieren tratamiento médico. En los últimos decadas parece existir el consenso de que se obtiene mejores resultados con las técnicas suprapúblicas que fijan la unión uretrovesical y el tercio proximal de la uretra a la cara posterior del pubis. Asimismo, todos los investigadores concuerdan en que para hallar de un determinado porcentaje de éxito o fracaso, se requiere de un período de seguimiento mínimo de dos años.<sup>11, 12</sup>

El procedimiento utilizado en el tratamiento de nuestras pacientes fue originalmente descrito por Pereyra en 1959.<sup>13</sup> Este autor inicialmente elevaba la uretra prolapsada y cobraba la fascia endo-pelvica, retro-públicamente mediante el empleo de una cánula y aguja especiales. La fijación se efectuaba a la aponeurosis del músculo recto y sus colaboradores fueron mejorando la técnica con las modificaciones pertinentes de la aguja, material de sutura y los elementos anatómicos involucrados, particularmente los ligamentos pubouretrales posteriores, hasta culminar con el informe publicado en 1962, en el que se describen los resultados obtenidos en 32 pacientes operadas con este procedimiento modificado. Después de cuatro años de seguimiento, tuvieron buenos resultados en más del 90% de los casos.<sup>14, 15</sup>

# MATERIAL Y METODOS

El estudio fué realizado en el Servicio de Ginecología del Hospital "Lic. Adolfo López Mateos", del ISSSTE, en el Módulo de Distopias. Comprende el periodo de Marzo de 1990 a Febrero de 1991, lapso en el que se atendieron pacientes cuyo síntoma principal era el de emisión de orina ligada a esfuerzos. Se catalogan como casos de incontinencia urinaria de etiología anatómica o verdadera a pacientes con uncultivo negativo, alteración del ángulo metrotvesical, uretrocele, prueba del Q-tip positiva, prueba de Bonney positiva y en donde se apreciará al esfuerzo descenso del cuello vesical. Por lo general no había urgencia, dificultad para iniciar la micción, goteo postmiccional ni orina residual. En casos especiales se solicitó urodinámica con sonda con y sin esfuerzo para valorar el estado y descenso del cuello vesical. Los datos se concentraron en una hoja especial que se ilustra en el cuadro No. 2.

## HOJA DE CONCENTRACION DE DATOS

Nombre	Calle	País
Edu I	Costa	Costa
Instituto del ICAE		
Instituto	Edu I	Instituto de Estadística, al campo, estadística, estadística, estadística de población.
Industria	Industria	
Centro de ICAE	Industria	
Características de la industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.		
Características de la industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.		

### EMPLOJACION

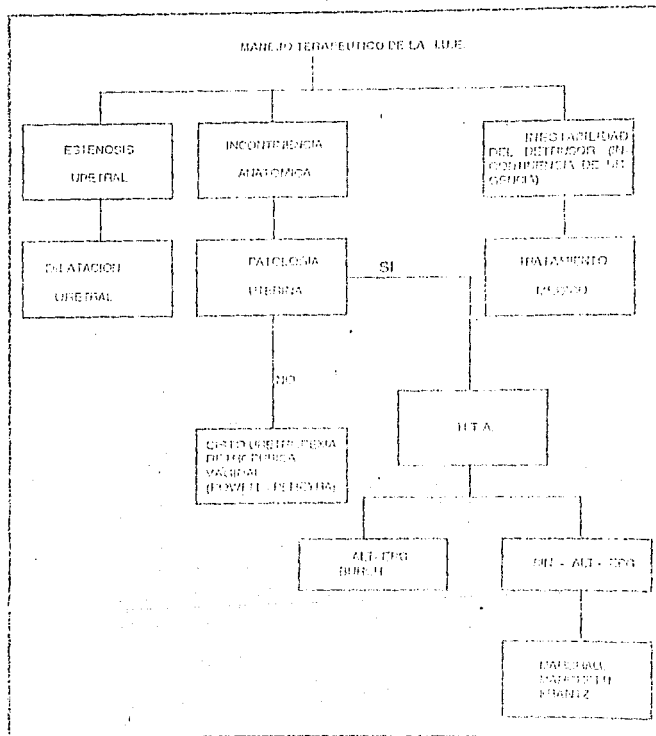
Características de la industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Características de la industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.

### TRATAMIENTO

Características de la industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Características de la industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.
Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.	Tipo de industria: Tipo de industria, número de empleados, etc.

A todas las pacientes se les efectuó citología cervicovaginal, estudio de secreción genital, además de los exámenes básicos.

Se sometieron a operación de Pereyra modificada cuando la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) era anatómica y no existía patología uterina o anexial agregada que requiriera laparotomía, según el criterio expuesto en el (cuadro 3.)



De esta forma se integró un grupo de 55 pacientes que son motivo de la presente tesis.

El seguimiento de nuestros casos y el criterio de control a los tres, seis y doce meses consiste en preguntar a la paciente si continuaba con su incontinencia urinaria, si presentaba urgencia, disuria, polaquifuria u otra sintomatología urinaria. En estos últimos casos se solicitó urocultivo y se dió tratamiento específico según antibiograma. Así mismo, se observó el estado de cicatrización de la herida quirúrgica abdominal y de las paredes vaginales, se apreció si al esfuerzo con vejiga llena, existía escape de orina por meato uretral, se efectuó la prueba del t. tip, se colocó espejo vaginal valorando calibre y lubricación de la vagina, también se efectuó una evaluación del grado de abeyencia retrocubital del cuello vesical.

El instrumento diseñado especialmente para este procedimiento la aguja portadora de la sonda de Penzance 25 es firme e inflexible con un mango corto de la punta para facilitar la penetración de la gruesa fascia abdominal, pero también es larga y angosta para poderse introducir fácilmente en el estrecho espacio que separa la orilla anterior de la vejiga y la pared posterior del pubis (Fig. 4).

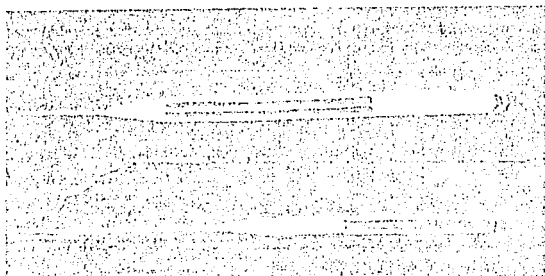


Fig. 4

Trayectoria posterior de la sonda de Penzance 25

Como se observa, el instrumento tiene dos mangos, cada uno con una superficie estriada que indique su dirección en que la punta acilada, está orientada. El sistema de una aguja larga, delgada y delizable, provista con un extremo puntiagudo, corto, inflexible y angulado asegura la rigidez y fuerza necesaria, para penetrar la aponeurosis abdominal que es muy dura.<sup>15</sup>

El pequeño mango triangular fijado al bache está ubicado cerca de la punta de la aguja, esto permite un control preciso durante la introducción de la aguja por la fascia del recto.

El mango más largo que es con el eje está fijado al eje de la aguja se utiliza para elevar la punta de la aguja hacia afuera de la vagina.

El material de sutura utilizado en todos nuestros casos fue el prolene del No. 0 (polipropileno que es monofilamento sintético no absorbible). El método anestésico empleado fue bloqueo peridural en la gran mayoría de los pacientes.

### Descripción de la Técnica Operatoria.

Una vez colocada la paciente en posición de litotomía, modificada y Trendelenburg moderada, se hace una incisión en forma de T invertida en la línea media a través de la mucosa vaginal, desde el vértice de la vagina hasta 1 cm. aproximadamente por abajo del meato uretral (fig. 5 y 6). La mucosa vaginal anterior se separa de la fascia subyacente mediante disección con tijera hull (fig. 7). La punta de un dedo guiladando el índice se introduce, através de la fascia endopélvica 3 cm. al lado izquierdo de la media, en un punto de unión con el borde inferior del pubis. Elevando el dedo se despeja la fascia de la pared posterior del pubis, poco a poco hasta poder introducir el dedo entero dentro del espacio retropúbico (fig. 8). Utilizando el mismo procedimiento, se penetra en el espacio retropúbico derecho y se coloca una pinza de Allis para marcar la línea donde la fascia endopélvica estaba unida al pubis.

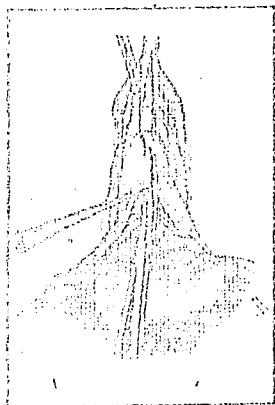


Figure 5

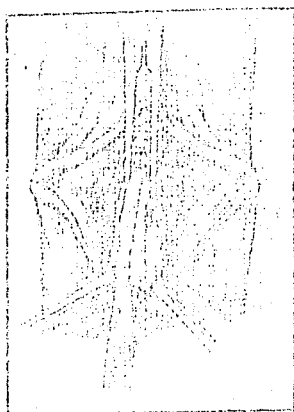


Figure 6

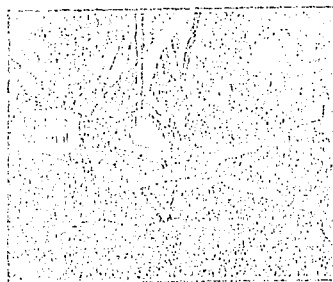


Figure 7

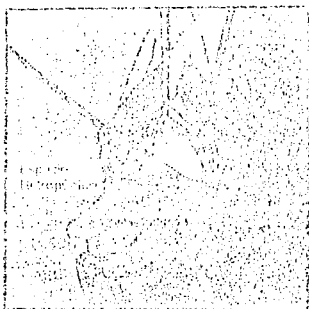


Figure 8



Tractionando levemente el catéter vesical hacia el lado izquierdo del operador, se permite pálpár el pilar posterior del ligamento pubovesical izquierdo de la paciente, el cual descomosa inmediatamente por encima y delante del piblo de la sonda de Foley, se introduce la punta del dedo índice entre la pared anterior de la vejiga y el pilar del ligamento, el cual se tracciona con una pieza de AlBs. Se repite el proceso de manera similar en el lado opuesto. Posteriormente se introduce una aguja curva con suture de Prolene del No. 0a través del ligamento pubovesical posterior y la fascia endopélvica a manera de clisurar una sutura lebeoidal con tres o más pasós (fig. 9).

Se realiza una incisión suprapúbica transveraal de aproximadamente 4 cm, se diseca la grasa subcutánea y se identifica la aponeurosis abdominal en su parte media. Se toma el instrumento de Bergny retráido con dos dedos opuestos en el mango triangular y se introduce la punta por el borde derecho de la aponeurosis, el dedo índice de la otra mano se introduce por la apertura suprapúbica y paramedial hecha previamente y cubre la punta de la aguja después de que se ha perforado la aponeurosis abdominal, a través del espacio retropúbico y hasta que la punta de la aguja emerge por la vagina (fig. 10). El ojo de la punta de la aguja se cubre con los dos extremos de la sutura de Prolene y se extrae el instrumento por arriba. El procedimiento se repite del lado opuesto de todo de contar con otro extremo de la sutura de Prolene y se extrae el instrumento por arriba. El procedimiento se repite en el lado opuesto de todo de contar con cuatro extremos de Prolene por encima de la aponeurosis de los rectos abdominales (fig. 11).

En este momento cuando se regara el catétero en los casos que el indicio preliminar no amarrar las sutureas del Prolene, sino hasta después de levantar el cuello de la vejiga al nivel necesaria. A continuación se mane en forma suprapneumática los cuatro extremos del Prolene mediante un doble nudo que se va apretando progresivamente hasta que el anillado con dos dedos opuestos a los lados de la uretra indica que ésta se ha hundido a los niveles en el a dicho nudo hasta permitir que la uretra se haya aproximadamente a un nivel de cada lado, hecho esto el operador amarra seis veces los cuatro extremos del prolene.

Para mayor seguridad, las suturas se deben afianzar a la fascia abdominal, para la cual se introduce una aguja curva o de cewper por debajo de la aponeurosis colgada con diez de los tolos del pro-  
lene, se retiran las hilos y se vuelven a anudar seis veces con los otros dos extremos.

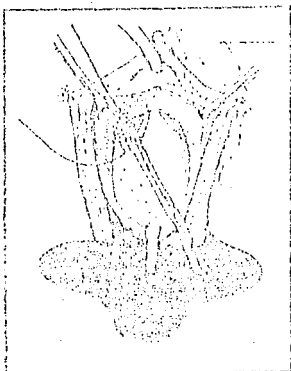


Figura 9



Figura 10



Figura 11

Se completa la operación cerrando las incisiones en la piel abdominal y en el epitelio vaginal anterior. Se deja catéter vesical y se coloca un empaque de gas estéril en la vagina, el cual se retira 24 hrs después. Se indica un antimicrobiano por vía I.V. inicialmente por 48 horas y luego en forma oral. La sonda vesical se retira a las 72 horas, se mide la orina residual y si es menor de 100 ml la paciente es egresada sin catéter y con receta por antiséptico urinario por siete días, en cuyo momento se externó con sonda y se completa a 10 días el antimicrobiano que está recibiendo, con indicaciones de asistir a la consulta externa en una semana para retirar catéter vesical y medir nuevamente orina residual. En el primer caso la paciente es citada al mes. Los puntos de sutura abdominales son retirados al quinto día en su clínica de adscripción.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## RESUMEN:

Del total de 55 pacientes sometidas a operación de Pexeyre modificada como cirugía anti incontinente, se tomaron como factores de riesgo: la edad, estado civil, presencia de cistocela y/o rectocela, grado de incontinencia, así como también tipo de anestesia, cirugía previa anti incontinente, tipo de cirugía actual, tiempo de seguimiento y porcentaje de mejoría y así como complicaciones.

La edad de las pacientes osciló entre los 34 y 68 años, correspondiendo, 42 (76.3%) entre los 36 y 50 años, y 2 (3.6%) de 51 a más años, 5 (9.1%) entre los 20 y 35 años de edad respectivamente. (Gráf. No 1)

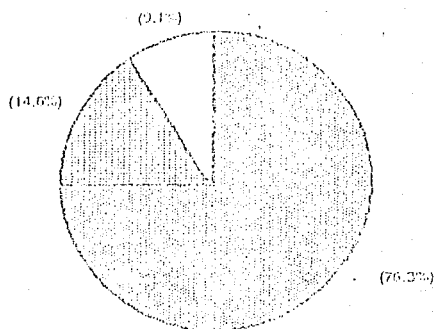


Fig. 1. Factor de riesgo según edad

Tomando como factor de riesgo el estado civil la mayoría de las pacientes reportó ser casada, 43 (78.2%), solteras 10 (17.2%), y siendo la minoría solo 2 (3.6%). (Gráfico No. 2)

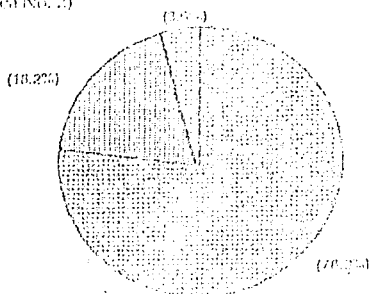


Gráfico No. 2 Factor de riesgo según estado civil

Todas las 55 pacientes incluídas en este estudio presentaron como factor de riesgo cierto grado de distorsión y/o rotación de los cuernos, 31 (56.2%) con distorsión II y rotación I, 13 (23.6%) con distorsión II y rotación II, 11 (20%) con distorsión rotacionalmente, 5 (9.1%) con distorsión III y rotación II, 3 (5.5%) con distorsión I y rotación I y por último 2 pacientes (3.6%) con distorsión III y rotación I. (Gráfico No. 3)

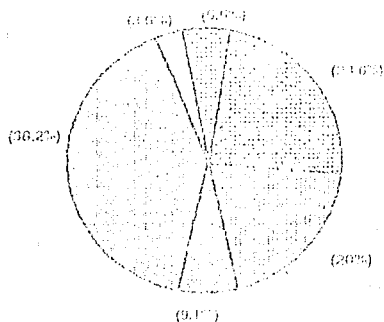
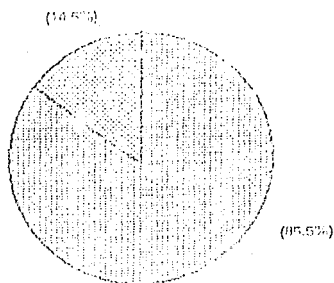


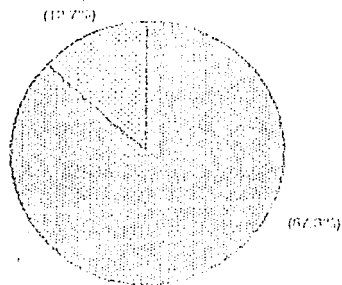
Gráfico No. 3 Factor de riesgo según distorsión y/o rotación

De acuerdo al grado de incóntinencia que presentaron las 56 pacientes, 47 (85.5%) correspondió con el Grado I, 9 (15.5%) al Grado II y ninguna paciente presentó Grado III. (Gráfica No. 4)



Gráfica No. 4 Factor de riesgo según el Grado de IBE

Del total de las 56 pacientes las cuales fueron sometidas a cirugía se utilizó en, 48 (87.3%) bloqueo peridural y 7 (12.7%) anestesia general. (Gráfica No. 5)



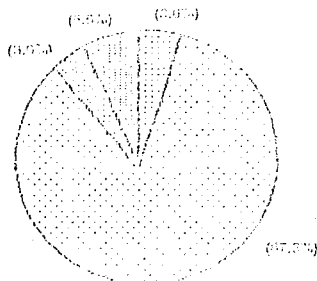
Gráfica No. 5 Factor de riesgo según tipo de anestesia

Aunque inicialmente el procedimiento de Poreyra modificado se utilizó exclusivamente como operación primaria, posteriormente se incorporaron 9 casos que tenían algún tipo de cirugía previa para corrección de E.O.E. de las cuales correspondieron cuatro a histerectomía total (Burch), tres a operación Kelly-Kennedy, una a histerectomía total vaginal (Kelly-Kennedy) y otra a operación de Burch únicamente. (En la Tabla 2).

Tabla 2  
OPERACIÓN DE POREYRA MODIFICADA

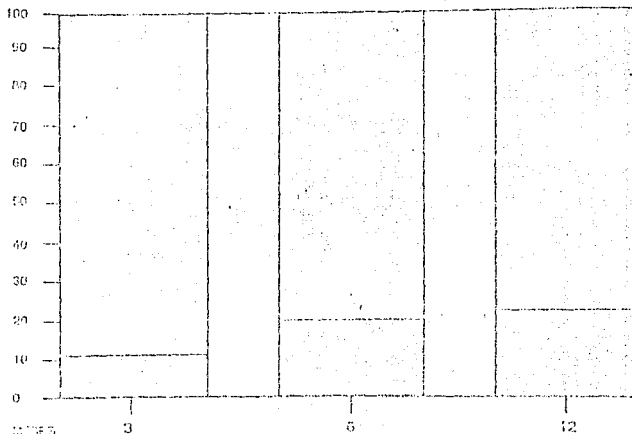
Cirugía primaria		Cirugía previa
46	Burch + Burch	4
	Kelly-Kennedy	3
	Kelly + Kelly-Kennedy	1
	Burch	1
	OTRO	9
	TOTAL = 55	

De las 55 pacientes sometidas a Operación de Poreyra modificada en la mayoría de ellas se realizaron una o más cirugías según el caso de las cuales 43 (77.3%) se realizó colpoperineoplastia anterior y posterior, 1 Operación de Poreyra modificada, 4 (5.5%) colpoperineoplastia anterior y operación Poreyra modificada, 2 salpingocelosis bilateral con técnica de Poncrov modificado, 2 (3.6%) colpoperineoplastia anterior y posterior, 1 histerectomía bilateral por colpocelosis y operación de Poreyra modificada, 1 por fibromioma, 2 (3.6%) de las pacientes se le realizó colpoperineoplastia anterior y operación de Poreyra modificada. (Gráfica N.º 2)



Aunque consideremos que el tiempo de seguimiento de un año es corto y por ello no nos atrevemos a hablar de curación, sí nos séo de mejora, de las 55 pacientes, a los tres meses, 49 (89%) presentaron mejoría, 6 (11%) con persistencia de la sintomatología. A los seis meses, 44 (80%) con mejoría, 11 (20%) con persistencia de sintomatología. A los doce meses, 43 (78%) con mejoría y 12 (22%) con persistencia de sus síntomas, por lo que se consideran fracasos quirúrgicos (Gráfica No. 7)

% DE PACIENTES



Sin L.U.E.



Con L.U.E.



De las complicaciones que se presentaron a las pacientes del presente estudio la mayoría fue infección de vías urinarias y retención urinaria (3) y 4 casos respectivamente. La primera fue más comúnmente observada en las pacientes que portaron más tiempo el catéter vesical. Se consideró como retención urinaria cuando la paciente postoperatoria tuvo incapacidad para efectuar la micción espontánea o bien cuando la orina residual fue de más de 100 ml, después del riego de sonda. El tiempo más prolongado de permanencia de catéter vesical fue de 21 días.

También se presentaron 5 casos de lesión vesical, de los cuales dos se detectaron en el momento de la disección de la fascia endoperitoneal, por no seguir la orientación indicada, los dos fueron suturados de inmediato, dejando catéter vesical por dos semanas, ambas pacientes evolucionaron satisfactoriamente, los otros tres se detectaron en la cistoscopia, manual de sutura por técnica de vejiga, aproximadamente al año de ser operadas y una de las pacientes se retiró dicho material en medio particular y las otras dos en este instituto.

En 2 pacientes se desarrolló absceso o dehiscencia de herida quirúrgica abdominal y en 1 intolerancia de material de sutura en paciente diabética (Tabla No. 3)

Tabla 3  
OPERACION DE PELICHA MODIFICADA

Complicaciones	
Infección de vías urinarias	3
Lesión vesical	5
Retención urinaria	4
Absceso de pared abdominal	2
Intolerancia de material a sutura	1
<b>Total</b>	<b>20(35%)</b>

## CONCLUSIONES:

La HUE es un problema médico y social sumamente común en las mujeres, principalmente las que tienen entre 15 a 61 años de edad, sin embargo la gran mayoría de estas no acuden al médico por considerar dicho trastorno como normal, así como otras consideran tener poca esperanza de beneficio por el tratamiento.

Es necesario realizar un interrogatorio dirigido, así como una exploración exhaustiva para la HUE, a cada una de las pacientes y apoyarse con los métodos diagnósticos precisos para llegar a un buen diagnóstico y tratamiento adecuado, brindándole mayor índice de éxito en su enfermedad.

Las complicaciones más comunes que se presentan en la operación de Perrya modificada son las laceraciones de las uréteras, a tensión urinaria y lesión vesical, sin embargo estas complicaciones se pueden evitar en el momento de la cirugía con el uso de pinzas inmediatamente sin afectar el índice de éxito de la cirugía.

La operación de Perrya modificada, la mayoría de las veces se puede realizar con anestesia regional del tipo bloqueo peridural, disminuyendo así el riesgo anestésico de la paciente.

La operación de Perrya modificada, es considerada una de las cirugías antidiabéticas con mayor índice de éxito, aunado al menor riesgo de morbilidad y mortalidad se recomienda ampliamente a las mujeres con HUE.

## REFERENCES:

1. Mockett JL, DpSH MD: Current concepts of female pelvic anatomy and physiology. *Urol Clin North Am* 18: 175, 1991
2. Snyder JA, Lipshz DU: Evaluation of female urinary incontinence. *Urol Clin North Am* 18: 197, 1991
3. O'Donnell PD: Pitfalls of urethral probe testing. *Urol Clin North Am* 18: 257, 1991
4. Stone AR: Treatment of voiding complaints and incontinence in painful bladder syndrome. *Urol Clin North Am* 18: 317, 1991
5. Lam TC, Hadley HR: Surgical procedures for the complicated incontinent. *Urol Clin North Am* 18: 327, 1991
6. Blaivas JG: Treatment of female incontinence secondary to urethral damage or loss. *Urol Clin North Am* 18: 333, 1991
7. Kelly ML, Zimmerman PE: Complications of bladder neck suspension procedures. *Urol Clin North Am* 18: 339, 1991
8. Koenigke PP, Poynum A, Pollard CA: Low urethral pressure and stress urinary incontinence in women: risk factor for failed retropubic surgical procedure. *Urology* 36:243, 1990
9. Wheeler JM, Long T: An analysis of colpomyomectomy. *Br J Urol* 65: 329, 1979
10. German A, Pollard CA, Koenigke PP: Comparison of three different surgical procedures for genuine stress incontinence: prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 169: 1190, 1993
11. Carrillo H, Oettinger JF: Needle suspension procedure for urinary stress incontinence: a review and historical perspective. *Obstet Gynecol Surv* 45: 805, 1990

12. Kelly MJ, Kiebler K: Symptom analysis of patients undergoing modified Pireya bladder neck suspension for stress urinary incontinence. *Urology* 37: 243, 1991
13. Benson JT, Acosta A: Evaluation of a minimal incisional pubovaginal suspension as an adjunct to other pelvic-floor surgery. *Obstet Gynecol* 75: 814, 1990
14. Varner RL: Retropubic long-needle suspension procedure for stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 162: 534, 1990
15. Pereyra AJ, Leberer TB, Goodwin WA: Pubovaginal support in prospective modified Pireya procedure for urinary. *Obstet Gynecol* 59: 643, 1982
16. McGuire EJ, Gandy M: treatment of incontinence with pelvic prolapse. *Urol Clin North Am* 18: 349, 1971
17. Newton PA: prevalencia e impacto social de la incontinencia urinaria femenina. *Clin Obstet Ginecol* 2: 263, 1990
18. Delany KO: Anatomía y fisiología de la continencia urinaria. *Clin Obstet Ginecol* 2: 291, 1990
19. Malaspina TC: Diagnóstico de incontinencia urinaria. *Clin Obstet Ginecol* 2: 304, 1990
20. Stanton SL: Tratamiento quirúrgico de la incompetencia del esfínter uretral. *Clin Obstet Ginecol* 2: 337, 1990
21. Mattingly RE: The impact of the incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer y el hombre. *Ginecol Obstet* 6: 349, 1990