

19217



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL DE LA MUJER S. S. A.

2EJ

JTB

**INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
TRATAMIENTO QUIRURGICO**

EXPERIENCIA DE UN AÑO (1993)

HOSPITAL DE LA MUJER
JEFATURA DE ENSEÑANZA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
Especialista en Ginecología y Obstetricia
P R E S E N T A
DR. EDUARDO CRUZ GOMEZ

TUTOR: DR. ESTEBAN GARCIA RODRIGUEZ



México, D. F.

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.

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres:

Dr. Remigio Cruz M. q.d.e.p.
Sra. Marina Gómez P.

Por el esfuerzo realizado, los sufrimientos superados, por las enseñanzas y los valores que me transmitieron, los cuales rindieron fruto.

A mi Esposa:

Sra. Dra. María del Carmen Villafaña P.

Por creer en mí, por su impulso, por su apoyo solidario, por su espera paciente, por los frutos que me ha dado, pero sobre todo por el amor que me ha brindado.

A mis hermosas Hijas:

Liza
Artemiza
Melina

A las que adoro, y a quienes espero poder transmitir, Valores, Sentimientos y Conocimiento. Así como él brindarles todo el apoyo, lo que servirá de plataforma firme, para su Desarrollo absoluto, en su vida futura.

A mis Hermanos:

Enrique
Jorge

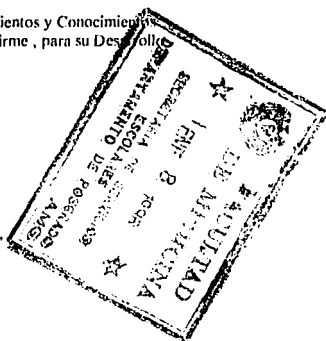
Por sus firmes apoyos recibidos, y sus estímulos en mi superación, y porque reconozco su desarrollo obtenido, derrotando adversidades. Son para mí un orgullo.

A mis profesores de la Especialidad

A mis compañeros de la Residencia

A mi Hospital de la Mujer

A los Médicos Adscritos y Autoridades actuales, compañeros en éste Centro Hospitalario.



INDICE

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, EXPERIENCIA DE UN AÑO 1993.

Introducción y Antecedentes	pág. 1
Embriología	
Anatomía	
Inervación	pág. 2
Mecanismo de continencia y micción.	
Etiología.	
Clasificación	pág. 3
Frecuencia	
Diagnóstico.	
Tratamiento.	pág. 6

TRABAJO.

Objetivos	pág. 7
Metodología	
Material y método.	
Variables independientes.	
Resultados.	pág. 8.
Plastia Suburetral de Kelly-Kennedy	
Uretropexia con Operación de Pereyra.	pág. 13
Uretropexia retropública con Técnica de Marshall-Marchetti-Krantz.	pág. 15
Operación de Burch	pág. 17
Análisis de resultados.	pág. 19
Conclusiones.	pág. 21
Recomendaciones.	pág. 22
Bibliografía	pág. 23

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER SSA 1993.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.

Se define como incontinencia urinaria de esfuerzo (I.U.E.) a la pérdida involuntaria de la orina, que ocurre cuando la presión intravesical excede a la presión uretral máxima en ausencia de actividad del músculo detrusor.

La I.U.E. se produce hasta en un 90% de los casos debido a que la unión uretrovesical se ha movido, quedando fuera de la presión intraabdominal (2).

En los reportes de la literatura, encontramos que más de 10 millones de adultos en los EE.UU. sufren de I.U.E., lo cual representa un costo anual aproximado de 10.3 billones de dólares; siendo además un problema de índole social, higiénico, demostrable objetivamente.

Este trastorno es considerado como un síntoma, un signo y un cuadro clínico.

La I.U.E. se presenta en la mujer en cualquier edad, pero la perimenopausia es la época en que la mujer presenta con mayor frecuencia esta sintomatología. Algunos reportes mencionan que la menopausia quirúrgica (secundaria a castración), se asocia con mayor frecuencia a la misma.

El término incontinencia por esfuerzo fué acuñado por Holland en 1922, posteriormente otros autores le agregaron los calificativos de "anatómica" y de "genuina".

En ausencia de actividad del detrusor, existe continencia urinaria gracias a factores que mantienen la presión intrauretral como son: a) El esfínter uretral interno y el externo. b) Al soporte anatómico de la unión uretrovesical. c) Vías neurológicas intactas. Se ha demostrado que estas estructuras (a) y (b) son estrógeno dependientes y se han localizado receptores en el trigono, en la vejiga y la pared vesical.

El signo de la I.U.E. denota la observación de la salida de orina desde el meato externo de la uretra, en forma sincrónica con el ejercicio físico, con la tos, o con la maniobra de Valsalva.

Los signos y síntomas de la I.U.E. a veces son desorientadores y por ello el diagnóstico preciso, a menudo requiere de el estudio urodinámico, además de la anamnesis y la exploración física cuidadosa (3).

La vejiga y la uretra constituyen una unidad continua cuya función es almacenar y evacuar la orina, con actividad recíproca, es decir una se relaja y la otra se contrae.

EMBRIOLOGÍA

La porción inferior de las vías urinarias se desarrollan dentro de la cloaca que se origina del intestino primitivo; esta cloaca se separa de la cavidad amniótica por la membrana cloacal, dando origen a dos porciones, una al intestino posterior y la anterior que es el alantoides.

El tabique urorectal divide a la cloaca en dos porciones a) el seno urogenital anterior y b) la porción anorrectal posterior, y la membrana cloacal en membrana urogenital y membrana anal. Así el seno urogenital y parte de el alantoides formaran la URETRA y la VEJIGA en el adulto.

La uretra y la vejiga femenina se desarrollan a partir de los 4 primordios embrionarios que son: a) el del detrusor b) el del trigono, c) el del músculo liso uretral y d) el del músculo estriado de la uretra (3) (23).

ANATOMÍA

La pared de la vejiga cuya función es servir de depósito a la orina, esta formada por el músculo detrusor, que cuando esta distendida es de pared delgada. La base de la vejiga incluye la región del trigono con los orificios uretrales y de la uretra, es la zona mas gruesa con menos capacidad de distensión. Esta pared esta formada por una capa externa muscular de fibras longitudinales, por delante de esta existe otra oblicua y circular y por último está la capa interna de predominio longitudinal (4), otros autores, señalan que las fibras forman dos fascículos en forma de "U" de dirección contraria $< > \vee$ y que el orificio uretral pasa en el punto medio de las dos, lo cual pudiera tener acción esfinteriana o condicionar al menos una obturación del orificio proximal de la uretra (5).

La mucosa de la vejiga es un epitelio transicional, sobre una submucosa laxa que permite la distensión.

La uretra mide de 3-4 cm en la mujer, se compone de músculo liso con una capa externa circular y otra interna longitudinal gruesa.

El músculo estriado es abundante en la mujer joven (20 a 80%) de la longitud total y del interior y se divide en dos porciones que se continúan, y se le considera como el esfínter urogenital estriado de la mujer (3).

La uretra tiene una mucosa de tipo escamoso no queratinizante igual que el de la vagina, lo cual le hace sensible a la acción hormonal, y en la submucosa existen una serie de glándulas anostomóticas que expulsan secreción a la misma uretra (Skene).

INERVACIÓN.

La inervación de tipo autónomo proviene del plexo pélvico, y la parasimpática deriva de los segmentos S-2 a S-4 y la simpática de las dorsales (T-10 a T-12 y L-1 a L-2) que conforman el plexo hipogástrico superior (Nervio presacro). En el músculo detrusor existe el plexo difuso de tipo colinérgico (dominante) y ramas adrenérgicas escasas (simpáticas), sin embargo estas son las que dominan en la región basal del trigono. El músculo liso uretral básicamente se inerva por el parasimpático y en la zona del esfínter su inervación proviene del nervio pudendo. (3) (4).

MECANISMO DE CONTINENCIA Y MICCIÓN.

Dado que las funciones de las vías urinarias inferiores son el almacenamiento y la micción (expulsión) de la orina, se requiere de un mecanismo complejo de interacción y función normal de los sistemas nervioso Central y Periférico. Sabemos que durante el llenado fisiológico de la vejiga la presión ejercida en el interior es de nula a mínima y que depende de la capacidad elástica del músculo liso. Con este llenado se incrementa la resistencia a nivel del cuello, por estimulación refleja de tipo alfa-adrenérgica y a nivel vesical aún se inhibe al músculo detrusor por un reflejo simpático espinal. (3) (4)

Para la continencia se requiere además una mayor presión intrauretral, que la vesical, en reposo y con esfuerzo y está bajo el control de fibras alfa adrenérgicas y colinérgicas.

El esfínter estriado de la uretra que abarca de un 20 a un 60% de la longitud total genera, la tensión de reposo y los músculos estriados del diafragma urogenital ocupan de 50 a 80% del total de la uretra y contribuyen a la contracción voluntaria refleja con esfuerzo. Otras estructuras que intervienen en la continencia son los ligamentos pubouretrales, el diafragma pélvico (elevadores del ano) y el músculo transverso profundo del periné, con función voluntaria en el control de la emisión de la orina. Otro factor es que el aumento de la presión abdominal se transmite a vejiga y uretra de manera similar y simultánea y como tal se anulan conservándose la presión de cierre.

Hilton y Stanton concluyen que las pacientes con IUE genuina presentan como fisiopatología una deficiente transmisión de la presión de la uretra y que la intensidad de la IUE depende del grado de anomalía de la presión uretral máxima en reposo, las variaciones en la presión abdominal y uretral y la reacción de la uretra al esfuerzo sostenido (7).

La micción normal es un acto voluntario, donde se tiene que relajar la uretra y contraerse en forma sostenida la vejiga. Para el inicio se tiene que activar el reflejo Sacro de la micción, cuando desde la vejiga se genera la sensación de distensión de la misma. El reflejo genera la relajación completa y repentina de los músculos estriados de la uretra y piso pélvico, después se presenta el aumento de la presión intravesical y una contracción coordinada y total del músculo detrusor formando un embudo en la porción baja (cuello vesical) y se inicia la salida de la orina. Todo lo anterior es modulado por el Tallo encefálico permitiendo la contracción el tiempo suficiente para vaciar por completo la vejiga.

Cuando la micción termina se produce la contracción de los músculos estriados de la uretra y suelo pélvico produciéndose un aumento de la presión intrauretral exprimiendo la orina en la misma y se inicia la inhibición de la contracción del detrusor, normalizándose la presión dentro de la vejiga (3) (4)

ETIOLOGÍA.

No existe hipótesis aceptada universalmente como causa de IUE genuina, pero se asocian en estos casos los siguientes factores

1 - Por debilidad del esfínter estriado generado en los partos al dilatarse el periné y la vagina. El diafragma urogenital se distiende y esto genera relajación y rotura de fibras musculares generando el daño e incluso al esfínter liso

2.- Debilidad del esfínter liso, cuando la pared muscular de la vejiga pierde su tono las fibras del esfínter liso no tienen fuerza para ocluir el orificio uretral interno y se produce la incontinencia.

Se impide además la angulación correcta del ángulo uretrovesical posterior y este daño puede ser por:

- a) Afecciones inflamatorias, generando incontinencia urinaria por ejemplo en la Cistitis intensa.
 - b) Por causas nerviosas, como en las alteraciones de la inervación
 - c) Causas endocrinas. La función ovárica ejerce una acción trófica sobre el músculo vesical, lo cual se observa frecuentemente en pacientes postmenopausadas y en las niñas, dándose esto por un hipostrogenismo.
- 3.- Por falta de angulación de la uretra, generada por descensos de la vejiga, por debilidad del piso perineal por ejemplo en los prolapso con cistocele por relajación de la fascia pubovesicocervical y del diafragma urogenital.

Se menciona que la causa sola más importante de la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es el traumatismo a los mecanismos de control vesical, en su mayor parte debido a distocia (parto con instrumentos); influyen también la compresión de la vejiga por el útero grávido, los tumores pélvicos y la ascitis. Las operaciones alrededor de la uretra y la vejiga generan rigidez de estas estructuras y pueden provocar o agravar la I.U.E. (8).

CLASIFICACIÓN.

La incontinencia urinaria se puede clasificar en seis tipos en base a los datos clínicos:

- 1.- IUE genuina.
- 2.- Incontinencia motora (vejiga inestable).
- 3.- Incontinencia de Urgencia sensitiva.
- 4.- Incontinencia por rebosamiento.
- 5.- Incontinencia por derivación.
- 6.- Incontinencia psicógena-

La Sociedad Internacional de Continencia ha clasificado también esta entidad diagnóstica, desde el punto de vista urodinámica como sigue:

- Tipo 1 : Incontinencia genuina de esfuerzo.
Tipo 2 : Inestabilidad del detrusor.
Tipo 3 : Uretra de presión baja.
Tipo 4 : Uretra inestable.

(9) (10).

FRECUENCIA.

Se conoce de reportes en la literatura de que 50% de las mujeres de todas las edades, tienen cuando menos una leve incontinencia urinaria por esfuerzo, se reporta también el ser más común en las mujeres mayores de 45 años, que hayan tenido lesiones por el parto u operaciones quirúrgicas en la pelvis. Casi 20% de la cirugía ginecológica electiva tiene como finalidad curar la I.U.E. (8).

La IUE impide a un gran número de mujeres disfrutar plenamente sus carreras, relaciones sociales y su vida sexual (9)

DIAGNOSTICO.

La I.U.E continúa siendo hasta la fecha un desafío constante para el juicio clínico del Gineco-Obstetra, ya que a pesar de los conocimientos actuales así como del uso de la más moderna tecnología, desconocemos con exactitud la etiopatogénesis de este padecimiento, conduciendo a la dificultad para establecer el diagnóstico y a la imposibilidad de un tratamiento eficaz. (11).

Es importante diferenciar entre la Incontinencia urinaria de esfuerzo y la disinerjia del detrusor (micción imperiosa), que son las dos formas de Incontinencia más frecuentes, ya que el tratamiento de ambas es totalmente diferente; en la primera es quirúrgico y en la segunda es médico-conservador.

Se requiere así para el diagnóstico, de:

- 1.- Historia clínica completa.
- 2.- Exploración adecuada.
- 3.- Métodos diagnósticos complementarios.

1.- La evaluación debe de ser cuidadosa, desde el momento de aparición de la sintomatología de la dificultad vesical, los antecedentes quirúrgicos pélvicos, el trauma por el parto y los procedimientos obstétricos.

Se investigaran también los trastornos del Sistema Nervioso como causa de I.U.

Signos y síntomas: La paciente se queja de que la incontinencia se produce ante esfuerzos como el toser, estornudar, saltar, correr, y que la pérdida de la orina es inmediata al esfuerzo sin intervalo libre, que además le es imposible de controlar voluntariamente la salida inicial, la nicturia es poco frecuente, informa que las pérdidas urinarias son escasas, que el síntoma es antiguo y constante, y la paciente es capaz de detener la micción normal. (2).

2.- La exploración debe de detectar la presencia de masas abdominales, hernias, debe de descartar además, como ya mencioné anteriormente Neuropatía, mediante la exploración neurológica.

Una exploración detallada del aparato genital, de la uretra y la vejiga ya que en un alto porcentaje (70-80%) existe alteración de la estática pélvica o relajación de los medios de sostén. (8)(9).

Se debe de inspeccionar y palpar la pared anterior de la vagina y si se observa atrofia hipocrostrógena en ésta área, podemos concluir que la uretra y el trigono presentan lo mismo (2).

Una prueba de interés es la pérdida de orina al toser, o con la maniobra de Valsalva, con la vejiga llena. Del 70 al 80 % de las pacientes con I.U.E. tienen Cistocele o Uretrocele, aunque solo el 50% de estos padecimientos se asocian a IUE.

Se ha concedido valor en este momento a la Prueba de Bonney-Kead-Marchetti o prueba de la elevación del cuello vesical, que consiste en elevar la uretra entre los dedos índice y medio introducidos en la vagina y comprobar que de esta forma, al hacer el esfuerzo la paciente no escape orina, cuando esto sucede es una evidencia que está perdido el sostén del complejo uretra-vejiga y que probablemente la restauración quirúrgica solucionará la incontinencia (12).

La evaluación de los hábitos urinarios diarios, de las pacientes con incontinencia es un método sencillo y nos permite conocer y cuantificar la pérdida urinaria. (13)

3 - De los métodos diagnósticos a) el Análisis de orina y el urocultivo, se realizan para descartar la Incontinencia de Urgencia cuyo origen es inflamatorio (uretricitis).

b) Prueba del Q-Tip, esta es anormal hasta en el 95% de las pacientes con I.U.E. y en el restante 5% puede ser normal, siendo estos los casos donde se considera indispensable realizar estudios complementarios, como el USG, el estudio radiológico, el Cistograma y la Cistoscopia, para poder comprobar que diagnóstica una prueba de Q-Tip positiva (Uretra en embudo y soporte uretral deficiente, con atonía del esfínter uretral), o reportar una cicatrización intensa de la uretra, la cual no valora adecuadamente ésta prueba (9)

En 1972 Crystle introdujo esta prueba del Q-Tip para medir objetivamente la extensión o el grado de movilidad uretrovesical en las mujeres con I.U.E. genuina, esta información ayudó a identificar a aquellas pacientes con un defecto Green tipo II y así eliminar la necesidad de ser más invasivo, acortar el tiempo en el estudio y disminuir el discomfort de las pacientes. Se incrementó el entendimiento de la dinámica en la IUE y se disminuyó el papel de los procedimientos radiológicos (2)

Sin embargo este simple y fácil método de estudio ha recibido críticas, y autores como Monts y Fantl en 1986 lo han considerado como incapaz para el diagnóstico de la inestabilidad vesical o predecir la incompetencia uretral (15)

Consideramos esta prueba como una medición objetiva donde al colocar el aplicador con punta de algodón, lubricado en la uretra con la punta en la unión uretro-vesical, con la paciente en decúbito dorsal, donde se mide el ángulo que forma el Q-Tip con una línea imaginaria paralela al piso en reposo, posteriormente con la

maniobra de Valsalva se mide la angulación que realiza el Q-Tip. Un ángulo menor de 15 grados en reposo con la maniobra de Valsalva indica un buen soporte anatómico, un ángulo mayor de 30 grados con la maniobra de esfuerzo indica un soporte anatómico deficiente, y un ángulo entre 15 y 30 grados es No concluyente. (2)(9).

- c) Prueba de esfuerzo urinario. Debe de ser parte importante de la evaluación en la IUE, aquí se instilan 300 cc de solución fisiológica para dar la sensación de plenitud vesical sin generar incomodidad, se coloca toalla testigo y se pone de pie a la paciente con ambas piernas abiertas a nivel de los hombros y se le pide toser de 8 a 10 veces o realizar la maniobra de Valsalva, posteriormente se visualiza el periné y la toalla para confirmar la salida de orina, si la incontinencia se produce con el esfuerzo y termina inmediatamente sugiere soporte vaginal deficiente, en cambio la salida de orina continuada sugiere trastornos en el control del detrusor (vejiga inestable).

Esta prueba es sugestiva y no diagnóstica, no cuantifica el grado de IU por acción de los mecanismos voluntarios, sin embargo una prueba Negativa a pesar de no eliminar el diagnóstico de IUE, sugiere un trastorno leve y la necesidad de verificar con otros métodos antes de someter a tratamiento quirúrgico a la paciente (12).

- d) Uretrocistografía - El estudio radiológico de la vejiga, inició en la década de los '30, proponiéndose introducir una cadena metálica en la uretra para facilitar la medición del ángulo uretro vesical posterior (Green).

Green define dos tipos de IUE, el tipo I con descenso leve, posterior e inferior de la unión uretrovesical ($n < 110$ grados). lo que implicaría indicación para realizar cirugía vaginal y tipo II con mayor lesión de los medios sosten con el ángulo uretro vesical posterior $>$ de 180 grados y anterior lo que sería indicativo de cirugía abdominal. Esto a evolucionado hasta la videocistouretrografía, la que permite la medición de la presión vesical, abdominal y el flujo urinario y al mismo tiempo, la visualización radiológica de la vejiga, lo que queda gravado y permite su reproducción, considerándose una técnica diagnóstica exacta pero cara para su uso rutinario (3 y 9).

e) Urodinamia. Estudio de presión uretral, lo que comprende a la i) presión uretral en reposo, que indica la capacidad de la uretra a compensar los aumentos de la presión intravesical. ii) Presión uretral con esfuerzo (perfil dinámico) bajo efecto de la tos analiza la transmisión de la presión abdominal de la uretra iii) Por último están los registros de la presión vesical constituyendo este un método de alto valor para distinguir la IUE verdadera de la micción imperiosa, en la primera las presiones son bajas, en cambio en la disinerгия del detrusor se aprecian aumentos bruscos de la presión con estímulos mínimos (el llenado, el movimiento por cambio de postura etc.) o incluso sin causa aparente. (3)

En ocasiones en la práctica real las cosas no son tan sencillas ya que existen mujeres con presiones intravesicales normales y cursan con una IUE más una disinerгия obteniendo pruebas que son difíciles de valorar, por lo que se pueden asociar aun otros exámenes más como son la electromiografía, la ecografía, las medidas de conductancia uretral etc. (2 y 9).

En resumen los criterios para el diagnóstico de la incontinencia de esfuerzo genuina son:

- 1.- Análisis de orina y urocultivo negativo.
- 2.- Examen neurológico normal.
- 3.- Soporte anatómico deficiente (Q-TIP, y RX).
- 4.- Escape demostrable de orina con el esfuerzo.
- 5.- Uretrocistometría normales

La urodinamia debe establecer

- 1 - La causa de insuficiencia del esfínter uretral.
- 2 - Detección de la disinerгия del detrusor.
- 3 - Posibilidad de exacerbaciones o de la dificultad para micción posterior a la cirugía.

La urodinamia no es necesaria en todas las pacientes con IU, que van a ser sometidas a cirugía, pero también hay que mencionar que la historia clínica no es suficiente para descartar la inestabilidad del detrusor, y que está presente hasta en un 30% de las mujeres con IU (7 Y 16).

Se considera urodinámica obligatoria en las siguientes ocasiones:

- 1.- Antecedentes de cirugía para IU que fracasó
- 2.- Sintomatología compleja, IUE más urgencia; dificultad y alteraciones de la frecuencia etc.
- 3.- Síntomas de dificultad para evacuar.
- 4.- Neuropatías .
- 5.- Posibilidad de litigio.

TRATAMIENTO.

La corrección quirúrgica de la IUE data de principios del siglo, con Donald -Fothergill en Inglaterra quien curó tal padecimiento al elevar el cuello vesical durante una colporrafia anterior. Más tarde Kelly, advirtió que el problema se localizaba en el punto más proximal de la uretra a la vejiga y junto con Kennedy, preconizaron por 50 años que la plicatura del tejido parauretral , generaba mayor tensión en la unión uretrovesical, quedando establecido que "ante la falla de la primera cirugía había que intentarlo de nuevo cuantas veces se necesite", (la tasa de promedio de curación lograda era de 65%)

En 1946 Marshall, consiguió un avance en el tratamiento quirúrgico ya junto con Marchetti y Krantz realizaron, la uretrovesicopexia retropública genero una elevación y fijación de la unión uretrovesical en un plano alto de la pelvis, lo cual fué reafirmado por Aldridge en 1952, y la confirmación fisiológica de que la elevación y no la constricción de la uretra corrige la incontinencia, la dio Enhorning definiéndose en este momento la dos entidades más frecuentes, la IUE y la inestabilidad del detrusor, las cuales pudieran estar presentes solas, y en otro gran número de pacientes ocurren simultáneamente estas dos anomalías; considerando que la IUE es objeto de tratamiento quirúrgico y la segunda no Sin embargo, la cirugía en defectos anatómicos leves ayuda a que desaparezca la inestabilidad del detrusor también, en defectos anatómicos graves la misma cirugía puede empeorar la inestabilidad

En resumen podemos decir que existen tres variantes quirúrgicas para el tratamiento de la IUE, genuina y anatómica:

- 1.- La cistouretopexia vaginal iniciada por Kelly y Kennedy.
- 2 - La cistouretopexia retropública con sus variantes al Marshall-Marchetti-Krantz, y se incluye además la descrita por Pereyra y sus modificaciones.
- 3.- Técnicas con cabestrillo uretrovesical descritas por Goebel y reportada por Aldridge.

Recientemente han habido discusiones para determinar cual es la cirugía más efectiva para la incontinencia urinaria de esfuerzo, a prevalecido siempre que la corrección transabdominal es más efectiva en la elevación y estabilización de la unión uretrovesical en relación a la cirugía vaginal (2 y 17).

Las tasas de buenos resultados en las técnicas retropúbicas son satisfactorias y las comunicaciones que comparan a la operación Marshall, Burch con la de Pereyra, señalan una ventaja duradera de la retropública, pero una menor permanencia y costo con las técnicas con aguja (18)

Siendo objetivo primordial siempre que cualquier cirugía logre la elevación de la unión uretrovesical y mejore la transmisión de la presión a la uretra durante las actividades de esfuerzo

Los índices de curación para los procedimientos vaginales oscilan desde 30 - al 100%, con un promedio de eficacia de 64 a 89 % y respecto a los procedimientos abdominales la operación de Marshall-Marchetti-Krantz, implica una curación de 73 a 98%. La O de Pereyra , modificada de un 83 a un 94% (19). Reportes nacionales respecto a la técnica de Burch mencionan una eficacia de 83% (11), lo cual es congruente con reportes de la literatura internacional a largo plazo que es de 85% (19).

Por último, con las técnicas de cabestrillo sólo se reportan tasas elevadas de buenos resultados, ya que son cirugías realizadas a pacientes en quienes han fallado ya dos o tres de las cirugías previas para la incontinencia urinaria de esfuerzo

OBJETIVOS

- 1.- Determinar la frecuencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en las pacientes sometidas a cirugía ginecológica en el hospital de la mujer en el año de 1993.
- 2.- Identificar cuales son los métodos diagnósticos utilizados con mayor frecuencia para someter a las pacientes a cirugía.
- 3.- Conocer cuales son los métodos quirúrgicos utilizados más frecuentemente en nuestro hospital para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo.
- 4.- Detectar las complicaciones transoperatorias y postoperatorias más frecuentes.
- 5.- Determinar el porcentaje de la curación en la I.U.E. con el tratamiento quirúrgico

METODOLOGÍA.

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo de la cirugía ginecológica para la incontinencia urinaria de esfuerzo practicada en el Hospital de la Mujer de la SSA en el periodo de tiempo comprendido entre el primero de Enero y el 31 de Diciembre de 1993, siendo estos datos obtenidos de los expedientes clínicos.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se revisaron la totalidad de los expedientes proporcionados por el Departamento de Estadística de nuestro hospital, cuyo diagnóstico de egreso fué el de incontinencia urinaria de esfuerzo, y los datos fueron transcritos a una cédula (hoja de registro), que sirvió para elaborar una base de datos

VARIABLES INDEPENDIENTES.

- 1.- Edad
- 2.- Paridad, con antecedente de peso de los productos.
- 3.- Antecedente de cirugía ginecológica previa.
- 4.- Tiempo de evolución de la incontinencia urinaria de esfuerzo.
- 5.- Patología concomitante.
- 6.- Antecedentes de cirugía previa para la incontinencia urinaria de esfuerzo
- 7.- Realización de uretrocistograma como método de diagnóstico
- 8.- Cirugía realizada para solucionar la I.U.E.
- 9.- Días de estancia de las pacientes
- 10.- Cuales fueron las complicaciones más frecuentes en el T.O y el P.O.
- 11.- Cual fué el tiempo de seguimiento de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico para la I.U.E.
- 12.- Cual fué el porcentaje de eficacia comparativamente con las técnicas quirúrgicas utilizadas para la I.U.E. en nuestro hospital

RESULTADOS.

En el Hospital de Mujer durante el periodo comprendido del primero de Enero al 31 de Diciembre de 1993 se presentaron 1258 egresos ginecológicos, de los cuales 155 fueron sometidos a cirugía para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo. De estas, 93 pacientes fueron sometidas a plastia suburetral con técnica de Kelly- Kennedy. A 36 pacientes se les realizó una uretrovesicopexia con técnica de Pereyra. A 19 pacientes se sometieron a la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz. A 7 más se les realizó Operación de Burch para corregir la I.U.E.

PLASTIA SUBURETRAL KELLY-KENNEDY

EDAD.

93 pacientes fueron sometidas a COLPOPERINEOPLASTIA anterior y posterior y plastia suburetral de Kelly- Kennedy la edad de las pacientes en este grupo presentó una amplitud desde 25 hasta 62 años, con un promedio de 43.5 años, y al agruparlas en intervalo de décadas, la mayor frecuencia de pacientes sometidas a cirugía está entre los 41-50, lo que corresponde al 37.7%, le sigue el grupo comprendido entre los 31 y los 40 años con un 31.2% y el grupo con menor número de pacientes sometidas a cirugía fué el de más de 61 años con solo el 7.5%.

Se observa en la distribución por edades, que sí corresponde a una distribución de curva y se puede apreciar una desviación a la izquierda.

TABLA No. 1

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD DE LAS
PACIENTES SOMETIDAS A COLPOPERINEOPLASTIA
CON TÉCNICA DE KELLY-KENNEDY.
HOSPITAL DE LA MUJER
1993.

EDAD	No.	%
20 a 30	11	11.82
31 a 40	29	31.20
41 a 50	35	37.63
51 a 60	11	11.82
> a 61	7	7.52
TOTAL	93	100

NUMERO DE GESTACIONES.

En relación con el número de gestaciones previas se encontró una mayor frecuencia entre las

4 y las 6 gestaciones, correspondiéndole el 41.93%, le sigue las que tienen antecedentes de ser gesta 7 a 10. Ocupa el último lugar las nuligestas con solo una paciente.

TABLA No 2

ANTECEDENTES DE GESTACIÓN EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A COLPOPERINEOPLASTIA CON TÉCNICA DE KELLY-KENNEDY EN EL HOSPITAL DE LA MUJER 1993

GESTACIONES	No	%
0	1	1.07
1 a 3	17	18.27
4 a 6	39	41.93
7 a 10	21	22.58
> a 11	15	16.12
TOTAL.	93	100

PARTOS PREVIOS

De las 93 pacientes sometidas a cirugía, 92 habían tenido partos previos, lo que equivale al 98.9% y la mayoría se encuentra entre los 4 y los 6 partos con 40 pacientes que equivale al 43.01%, le siguen las que cuentan con antecedentes de ser Para 1 a 3, después continúan las grandes multiparas, como observamos en la tabla número 3.

TABLA No 3

ANTECEDENTE DE PARTOS PREVIOS EN PACIENTES SOMETIDAS A COLPOPERINEOPLASTIA CON TÉCNICA DE KELLY-KENNEDY EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

1993.

PARTOS	No	%
0	1	1.07
1 a 3	27	29.03
4 a 6	40	43.01
7 a 10	14	15.05
> a 11	11	11.82
TOTAL.	93	100

PESO DE LOS PRODUCTOS

En relación a este punto, en nuestras pacientes predominó el desconocimiento de este rubro en un total de 55, correspondiéndole el 59.13%; y en las que se tiene el antecedente se encuentran un total de 18 de ellas, con pesos de los productos superiores a los 3800 g, y las restantes 19 reportan peso de productos inferior al señalado, además de una más ya mencionada sin gestación previa, como se observa en la siguiente tabla.

TABLA No 4

PESO DE LOS PRODUCTOS, DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A COLPOPERINEOPLASTIA CON TÉCNICA DE KELLY-KENNEDY EN EL HOSPITAL DE LA MUJER. 1993.

PESO	No	%
< a 3800	19	20.43
> a 3800	18	19.34
DESCONOCIDO	55	59.13
SIN PARTO	1	1.07
TOTAL	93	100

CIRUGÍA GINECOLÓGICA PREVIA.

Con respecto a los antecedentes de cirugía previa en las pacientes sometidas a la COLPOPERINEOPLASTIA, se reportan 26 con oclusión tubaria bilateral, 9 con antecedentes de histerectomía abdominal y con ooforectomía bilateral, 7 con laparotomías y 52 pacientes sin antecedentes quirúrgicos.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

En relación a este parámetro investigado, contamos con pacientes en las que no se reporta en los expedientes el tiempo de evolución en 7 casos; en las que existe información, el tiempo de evolución fué de menos de un año hasta más de 11 años, con un dominio ubicado entre 1 y 3 años con 47 casos que equivalen al 46%, datos que se observan en la siguiente tabla.

TABLA No 5

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN PACIENTES SOMETIDAS A COLPOPERINEOPLASTIA CON TÉCNICA DE KELLY-KENNEDY EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

1993.

TIEMPO	No	%
< de 1 AÑO	21	22.5
1 a 3 AÑOS	47	50.5
4 a 6 AÑOS	9	9.6
7 a 10 AÑOS	6	6.4
> a 11 años	3	3.3
DESCONOCIDA	7	7.6
TOTAL	93	100

PATOLOGÍA CONCOMITANTE.

Aquí observamos que aunado a la I U.F., existe en todas las pacientes trastorno de la estática pélvica genital del tipo del uretrocistocele con predominio del grado II, se reportan 17 pacientes con descenso uterino y la paridad satisfecha en 16 casos.

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS

No se reportan complicaciones de ninguna índole en 58 pacientes (62.36%), sin embargo en 15 pacientes se reportan retención urinaria y que corresponde al 16.12%, le sigue el síndrome febril con 10 casos que hacen un 10.75%, 6 casos de infección de vías urinarias demostrada por laboratorio (6.4%), extraídas de los 10 casos con fiebre. Otras complicaciones reportadas son infecciones locales en dos casos, lesión vesical, punción de duramadre, reacción anafiláctica y bradicardia severa sin paro, con un caso en cada rubro

TABLA No 8

COMPLICACIONES T.O. Y P.O. EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA PARA I.U.E. EN EL HOSPITAL DE LA MUJER. 1993

TIPO	No CASOS
NINGUNA	58
RET. URINARIA	15
PIEBRE	10
I.V.U	6
HEMATOMA E INF. LOCAL	3
DESC. METABOLICA	2
LESION VESICAL	1
PUNCIÓN DE DURA	1
REA. ANAFILACTICA	1
BRADICARDIA SEVERA	1

SEGUIMIENTO.

No se reporta algún seguimiento en 32 pacientes sometidas a cirugía, lo que da un total de 34.4%. De las que se realizó seguimiento 60 se egresaron sin I.U.E, lo que arroja un total de 64.5%, y solamente una después de un año se reporta que presentó I.U.E. recidivante.

TABLA No 9

SEGUIMIENTO DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA POR I.U.E. CON PLASTIA SUBURETRAL CON TECNICA K.K. EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

1993.

TIEMPO	No. sin I.U.E	No con I.U.E.	DESCONOCIDO
NULO			32
< A 1 MES	14		
1 A 3 MESES	25		
4 A 6 MESES	12		
7 A 12 MESES	6		
> A 1 AÑO	3		
TOTAL	60	1	32

URETROPEXIA CON OPERACIÓN DE PEREYRA.

EDAD.

De las 36 pacientes sometidas a esta operación en el año de 1993 en nuestro Hospital para tratamiento de la I.U.E. la edad osciló entre los 20 y los 60 años, encontrando a la mayoría de las pacientes entre los 41 y los 50 años, siendo un total de 16 y que corresponde al 44.4%, le sigue la década de los 31 a los 40 con 12 casos y que corresponde al 33.3%, como se observa en la siguiente tabla.

TABLA No 10.

EDAD DE PACIENTES SOMETIDAS A LA O. DE PEREYRA POR I.U.E.

EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

1993.

EDAD	No	%
20 a 30 AÑOS	2	5.55
31 a 40 AÑOS	12	33.33
41 a 50 AÑOS	16	44.44
51 a 60 AÑOS	5	13.88
> a 61 AÑOS	1	2.77
TOTAL	36	100

PARIDAD.

En relación al número de partos de las pacientes sometidas a Uretropexia tipo Pereyra para corregir la I.U.E. se puede observar un gran dominio de las que tienen de 3 a 5 partos previos con un total de 20 lo que corresponde al 55.5 %, después tenemos a 7 pacientes que corresponde al 19.4% con paridad de 6 a 10, como se observa en la tabla 11

Con respecto al antecedente de peso de los productos de estas pacientes sometidas a cirugía, se reportan 27 pacientes que desconocen totalmente esta información, solamente 2 reportan peso de sus productos superior a los 3,800 g y las 7 restantes con peso menor a los 3,800 g.

TABLA No 11

PARTOS PREVIOS EN LAS PACIENTES CON I.U.E SOMETIDAS A LA O.

DE PEREYRA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

1993.

PARIDAD	No	%
0	1	2.7
1 a 2	5	13.5
3 a 5	20	55.5
6 a 10	7	19.4
11 a 20	2	5.5
Sin información	1	2.7
TOTAL	36	100

CIRUGÍA GINECOLÓGICA PREVIA.

Se recabaron datos de 14 pacientes con antecedente de Histerectomía abdominal y que corresponde al 38.8%, y a 4 de estas pacientes además se les había practicado salpingo-óoforectomía bilateral. Además a 7 pacientes se les había realizado O.T.B.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

El tiempo de evolución de la I.U.E. en pacientes que fueron sometidas a cirugía con O de Pereyra varió desde menos de un año hasta más de 11 años, con franco predominio entre 1 y 3 años como lo muestra la siguiente tabla:

TABLA No 12

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA I.U.E. EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A LA O. DE PEREYRA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

1993.

TIEMPO	No	%
< de 1 AÑO	8	22.2
1 a 3 AÑOS	21	58.3
4 a 6 AÑOS	3	8.3
7 a 10 AÑOS	2	5.5
> a 11 AÑOS	1	2.7
Sin información	1	2.7
TOTAL.	36	100

PATOLOGÍA CONCOMITANTE.

De las 36 casos sometidos a la O. de Pereyra, en 25 pacientes se reporta en los expedientes trastorno de la estática pélvica genital, correspondiéndole el 69.45%, con un franco dominio del Cistocele grado II.

CIRUGÍA GINECOLÓGICA PREVIA PARA LA I.U.E.

A seis pacientes se les había realizado con anterioridad a la O. de Pereyra cirugía para tratar de corregir la I.U.E. Lo que corresponde al 16.6%, considerándolas entonces portadoras de recurrencia, las cirugías practicadas en estas pacientes fueron 4 uretropexias retropúbicas del tipo M.M.K. y 2 con Colpoperineoplastias y plastia suburetral de K.K.

URETROCISTOGRAMA.

Solo se realizó en 11 de las 36 pacientes lo que equivale al 30.5%, y los resultados obtenidos del estudio muestran que 6 pacientes tenían una I.U. tipo I, 3 pacientes I.U. tipo II, una más con incontinencia del esfínter y un caso reportado normal.

CIRUGÍA.

De las 36 pacientes que se sometieron a la O. de Pereyra, esta fue hecha sola en 11 casos y equivale al 30.5%, las 25 restantes además se intervinieron con una Colpoperineoplastia y en 3 de estas además se reporta plastia de K.K.

DÍAS DE ESTANCIA.

Los días de estancia de estas pacientes en el Hospital variaron desde 4 hasta 10 días, con claro dominio de 5 a 7 días con un total de 22 casos que equivale al 61.2%, le siguen las de estancia menor de 3 a 4 días con 12 casos y corresponde al 33.3% y solamente 2 pacientes permanecieron por más de 8 días

COMPLICACIONES T.O. Y P.O.

En este rubro en las pacientes sometidas a la O. de Pereyra, en 10 casos se registró retención urinaria, 4 pacientes con fiebre, 3 más con hemorragia en el T.O. de las que 2 requirieron de la hemotransfusión y otras más como se observa en la sig. tabla.

TABLA No 13.

COMPLICACIONES T.O. Y P.O. EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A LA O. DE PEREYRA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

1993.

TIPO	No. CASOS
RET. URINARIA	10
S. FEBRIL	4
HEMORRAGIA	3
ABSCESO	1
ALTA CON SONDA	2
TALLA SUPRA PÚBLICA	1

SEGUIMIENTO.

Este se llevó a cabo solo en 27 pacientes, los otros 9 casos no se reporta seguimiento alguno en los expedientes, de los 27 con seguimiento 23 fueron egresadas SIN I.U.E. y 4 más presentaron recidiva de la misma; con respecto al seguimiento como se verá en la siguiente tabla, la mayoría de las pacientes fue egresada antes de los 3 meses.

TABLA No 14.

SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES CON I.U.E. SOMETIDAS A LA O. DE PEREYRA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

1993

TIEMPO	No. SIN I.U.E.	No. CON I.U.E.
1 A 3 MESES	14	3
4 A 6 MESES	3	1
7 A 12 MESES	2	
> DE 1 AÑO	4	
TOTAL	23	4

URETROPEXIA RETROPÚBLICA CON TECNICA DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ, EDAD.

De las 19 pacientes que acudieron al Hospital de la Mujer con I.U.E. y que se sometieron a este tipo de intervención, la edad osciló entre los 30 y los 60 años, con una gran mayoría de pacientes en la década de los 40 como se vera en la sig. tabla:

TABLA No 15

EDAD DE LAS PACIENTES CON I.U.E. SOMETIDAS A LA OPERACIÓN DE M.M.K. EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

1993.

EDAD	No.	%
31 A 40 AÑOS	6	31.6
41 A 50 AÑOS	11	57.9
51 A 60 AÑOS	2	10.5
TOTAL	19	100

PARIDAD.

Se observa al igual que en las anteriores revisiones un amplio dominio de las multiparas, ya que 12 pacientes tenían el antecedente de 3 a 5 partos, lo que equivale al 63.15%, le siguen las de 6 a 10 partos con 5 y que le corresponde el 26.32% y por último tenemos 2 casos con una paridad de 1 a 2 y corresponde al 10.52 %

Respecto a los pesos de los productos en 13 casos se reporta como desconocido y solo en 6 se recaba la información, de éstos, 5 tenían antecedentes de productos con peso menor a los 3,800g y solo uno era superior a éste

CIRUGÍA GINECOLÓGICA PREVIA

En este parámetro solo se reportan 6 casos con antecedente de O.T.B. y una con histerectomía abdominal

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA I.U.E.

Cuatro pacientes reportan el síntoma con menos de un año de evolución, 8 más con 1 a 3 años de evolución, una más de 4 a 6 años y 2 de más de 11 años. Las 4 pacientes faltantes no se reporta en los expedientes el tiempo del mismo.

PATOLOGÍA CONCOMITANTE.

En 8 casos la patología que se reporta es la Miomatosis uterina y que corresponde al 42.1%, le sigue la Enfermedad pélvica inflamatoria con 4 casos que equivale al 21%, 3 casos más con patología endometrial del tipo de la hiperplasia 15.7%, en dos casos se refieren solo trastornos menstruales y uno más con probable adenomatosis

CIRUGÍA PREVIA PARA LA I.U.E.

No se reporta el antecedente de cirugía previa para la corrección de este padecimiento en las pacientes sometidas a la operación de M.M.K. en esta revisión.

URETROCISTOGRAMA.

De las 19 pacientes en quienes se realizó la operación de M.M.K para corregir la I.U.E. solamente en 3 se llevó a cabo la uretrocistografía con cadena lo que corresponde al 15.8% y las restantes 16 se sometieron al procedimiento quirúrgico sin este estudio (84.2%). Los resultados de los 3 estudios practicados muestran 2 casos con incontinencia tipo I y un caso con incontinencia tipo II.

CIRUGÍA CONCOMITANTE REALIZADA.

De las 19 pacientes intervenidas, 18 se asociaron a la Histerectomía abdominal, (94.7%), 7 de estos casos fueron con Salpingooforectomía unilateral, 6 más con Salpingooforectomía bilateral y 5 con la Histerectomía simple. Solo se encontró un caso de Operación de M.M.K. sin otro procedimiento.

DÍAS DE ESTANCIA.

La mayoría de las pacientes sometidas a esta cirugía permanecieron en el hospital de 5 a 7 días, 10 en total lo que corresponde al 52.6% , 5 pacientes más permanecieron de 3 a 4 días y equivale al 26.3%, solo 4 más duraron de 8 a 10 días 21.1%.

COMPLICACIONES T.O. Y P.O.

Se reportan 7 pacientes con fiebre, en 6 de las cuales se comprobó infección de vías urinarias, una con hemorragia sin que ameritara transfusión, una más que fué dada de alta con sonda por perforación vesical transoperatoria.

SEGUIMIENTO.

El seguimiento postoperatorio se llevó a cabo en 13 de las 19 pacientes, de las cuales 7 se egresaron sin I.U.E. (36.84%), 6 más reportaron recidivar con la misma sintomatología, y en los otros 6 casos no existe referencia alguna en los expedientes de seguimiento después de la operación. ver tabla 16.

Hay que mencionar aquí que de las 6 pacientes que continuaron con I.U.E. recidivante 4 se sometieron a la uretropexia de tipo Pereyra.

TABLA No 16.

SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES CON I.U.E. SOMETIDAS A LA

OPERACIÓN DE M.M.K. EN EL HOSPITAL DE LA MUJER

1993.

TIEMPO	No SIN I.U.E.	%	No CON I.U.E	%
1 A 3 MESES	3	15.78	4	21.05
4 A 6 MESES	1	5.26		
7 A 12 MESES	2	10.52	2	10.52
> A 1 AÑO	1	5.26		
TOTAL	7	36.84	6	31.57

SIN INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO = 6 = 31.57%

OPERACIÓN DE BURCH.

EDAD.

De las pacientes que acudieron por I.U.E. al Hospital de la mujer en el año de 1993, solo a 7 de ellas se les practicó este tipo de cirugía, la edad de ellas osciló entre los 30 y los 60 años, 3 de las cuales se encontraban en la década de los 30, 3 más en la de los 40 y solo una después de los 50.

PARIDAD.

En este parámetro 4 pacientes tenían el antecedente de 3 a 5 partos, 1 con más de 6 partos,

1 con 2 partos y se reportó una cirugía en nulípara.

Respecto al peso de los productos no conocían este antecedente 4 pacientes, 2 más tenían información de

productos menores a los 3,800 g , y solo 1 con peso superior a esto.

CIRUGÍA GINECOLÓGICA PREVIA.

Solo se encontró el antecedente de O.T.B. en 3 pacientes.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA I.U.E.

En 4 pacientes esta sintomatología tenía menos de 3 años, 1 de 4 a 6 años, 1 más de 10 años y en la última no se encontró información en el expediente.

PATOLOGÍA CONCOMITANTE.

En 4 pacientes se hizo el diagnóstico de Miomatosis uterina, 2 más se reportan con Enfermedad pélvica inflamatoria , y en 4 de éstas 6 se encontró información de trastorno de la estática pélvica genital, del tipo del Cistocele grado II.

ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PREVIA PARA LA I.U.E.

Solamente en una paciente existe el antecedente de Uretrocolpocistopexia con técnica de K K.

URETROCISTOGRAMA.

Solo se efectuó a 1 paciente y el reporte es de Incontinencia urinaria tipo I.

CIRUGÍA CONCOMITANTE REALIZADA.

Se realizó Histerectomía abdominal a 6 de estas siete pacientes lo que corresponde al 85.71% y a 2 de éstas se les hizo también ooforectomía bilateral. La operación de Burch se efectuó como única intervención en un solo caso.

DÍAS DE ESTANCIA.

5 pacientes permanecieron en el Hospital, menos de 4 días y solo dos casos lo hicieron de 5 a 7 días

COMPLICACIONES T.O. Y P.O.

No se reporta alguna de importancia, solo un egreso con sonda de Foley

SEGUIMIENTO

Se llevó a cabo solo en 4 casos, de los cuales 3 se dieron de alta sin I.U.E., uno más presentó recidiva de la sintomatología antes de 3 meses, y en 3 casos más no existe el seguimiento después de su egreso hospitalario

TABLA 17

SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES CON I.U.E. SOMETIDAS A LA

OPERACIÓN DE BURCH EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

1993.

TIEMPO	No. SIN IUE	%	No. CON IUE	%
1 A 3 MESES	2	28.57	1	14.28
4 A 6 MESES	1	14.28		
TOTAL	3	42.85	1	14.28
SIN SEGUIMIENTO	3	42.85		

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Como se puede observar en el primer grupo de pacientes que acudieron al Hospital de la Mujer con I.U.E. y que fueron sometidas a Plastia suburetral de Kelly-Kennedy y colpoplastia. el mayor porcentaje de ellas se encuentran ubicadas en la década de los 40 a los 50 años; dato que es congruente con los reportes de la literatura, en donde se menciona que su frecuencia es mayor en la perimenopausia, observamos también que la edad extendida entre los 30 y los 50 años, comprende a más del 68% de la población que se sometió a cirugía por esta Técnica quirúrgica. Nos llama la atención encontrar que un 11% de las pacientes intervenidas se encuentren en la década de los 20 a los 30 años y que en esta revisión es menos frecuente después de los sesenta años.(2).

Comparando esta variable, respecto a las pacientes sometidas a otras intervenciones para corregir la I.U.E. en nuestro Hospital, observamos siempre un predominio de la misma década de los 40- a los 50, y el grupo con menos cirugía para solucionar la I.U.E., son las de más de 60 años.

Observamos que en general se trata de pacientes multigestas y por ende multiparas, lo cual concuerda con los reportes de la literatura, que mencionan que un elevado número de pacientes con I.U.E. presentan además trastornos de la estática pélvica-genital. En las que se sometieron a plastia suburetral tipo K.K., 43% tenía el antecedente de paridad de 4 a 6, antecedente que se encuentra así mismo en las que se sometieron a las Operaciones de Pereyra, Burch y M.M.K.

En el análisis de esta variable observamos además que de las pacientes sometidas a cirugía para corregir la I.U.E., hay un elevado numero con el antecedente de ser grandes multiparas (más de 7 partos), lo que es reportado por la literatura revisada (8,9,22)

Respecto al antecedente del peso de los productos, en este estudio la información proporcionada por las pacientes es de un desconocimiento del mismo por la atención obstétrica recibida, por lo que la macrosomía y la distocia como antecedente en pacientes portadoras de I.U.E., como lo mencionado en la revisión de la literatura no puede ser confirmado, sin embargo debo mencionar que la atención obstetrica recibida por nuestras pacientes dista mucho de ser de calidad, ya que en su mayoría es domiciliaria

La Cirugía ginecológica previa, en pacientes que consultaron por I.U.E. en nuestro Hospital en el año de 1993, se reporta con mayor frecuencia en las que se sometieron a la O. de Pereyra con un 38% teniendo principalmente el antecedente de histerectomía abdominal y en los otros tipos de intervenciones solo se encuentra el antecedente de O.T.B..

En relación al tiempo de evolución de la I.U.E. en las pacientes sometidas a cirugía en este año, podemos observar que en general es sintoma crónico de 1 a 3 años, y que solo un bajo porcentaje de pacientes acude a consulta temprana

La Patología concomitante observada en las pacientes sometidas a cirugía vaginal es primordialmente el trastorno de la estática pélvica y genital, y en aquellas sometidas a cirugía abdominal fué la miomatosis uterina

El antecedente de cirugía previa para la I.U.E. se observa en una bajo porcentaje en las pacientes intervenidas con la Colpoperineoplastia y plastia suburetral de K.K., en cambio este se eleva hasta un 17% en aquellas que se sometieron a la O. de Pereyra, y no se reportó éste en las que se realizó O. de M.M.K. ni en las sometidas a O. de Burch.

La uretrocistografía con cadena, éste estudio se realizó entre el 10 y el 30% de las pacientes de las pacientes que acudieron con I.U.E. a nuestro Hospital y la mayor frecuencia se dio en aquellas que serian sometidas a la O. de Pereyra, este estudio es considerado útil, si se cuenta con él, sin embargo algunos autores lo descartan (17)

La mayoría de las pacientes que se presentaron a la consulta por I.U.E. fueron sometidas a la Colpoperineoplastia y la Plastia suburetral de K.K. con 93 casos, le siguió en frecuencia la O. de Pereyra con 36 casos, en tercer sitio está la O. de M.M.K. con 19 pacientes y por último la O. de Burch con 7 casos

Respecto a los días de estancia en nuestro Hospital, observamos una menor permanencia de las pacientes intervenidas con la O. de Burch ya que un 72 % lo hizo por solo 3-4 días. Le sigue las que se sometieron a la Colpoperineoplastia con esta misma estancia en un 54%, y tienen una mayor permanencia a las que se realizó O. de Pereyra y la O. de M.M.K. (18)

En relación a cuales fueron las complicaciones T.O. y P.O. más frecuentes, podemos concluir que son extremadamente bajas, se reportan 2 lesiones vesicales 1 en las que se intervino con la Colpoperineoplastia y la otra en las que se realizó O. de M.M.K.

De todas las pacientes operadas durante el año de 1993 por I.U.E. solo se reporta una perforación de duramadre y bradicardia sin paro cardiaco.

Lo que se manifiesta con mayor frecuencia es la retención urinaria, que ameritó que 6 pacientes fueran dadas de alta con sonda y una más requiriera de una Talla suprapúbica, le sigue el síndrome febril y asociado la infección de vías urinarias y en 3 casos se menciona complicación por hemorragia 2 de los cuales requirieron de hemotransfusión. No existe reporte de complicaciones graves que dejen secuelas permanentes, información que continúa acorde a reportes previos (20,21)

Seguimiento proporcionado a las pacientes sometidas a cirugía por I.U.E. Podemos mencionar que éste osciló entre el 60 y el 75% de los diversos procedimientos quirúrgicos que aquí se mencionan, sin embargo hay que mencionar que a 1 año éste llega a ser de solo el 5 al 10% y que la mayoría de nuestras pacientes son egresadas antes de los 3 meses.

Que la recidiva de la I.U.E. en las que se sometieron a Colpoperineoplastia es de solo un caso lo cual no concuerda con los reportes de la literatura, (24) y que puede deberse a dos factores aquí observados a) un alto porcentaje donde no existe seguimiento alguno 35% y b) el seguimiento a largo plazo es muy bajo 10%.

En los casos de I.U.E. sometidos a la O. de M.M.K. de 19 pacientes 6 reportan continuar con la misma sintomatología lo que corresponde al 32%. Le sigue en frecuencia de recidiva con 14% las que se sometieron a la O. de Burch con solo un caso y por último con un 12% de recurrencia de I.U.E. las intervenidas con la Técnica de Pereyra; estos porcentajes concuerdan con lo reportado por la literatura internacional

CONCLUSIONES.

Durante el año de 1993 en el Hospital de la Mujer de la SSA, se registró un egreso ginecológico de 1258 pacientes, de éstas 155 fueron posterior a cirugía para la I.U.E.; lo que nos da un total del 12.3% de pacientes que acuden por esta patología a nuestro Hospital, cifra que concuerda con los reportes consultados.

Se puede observar que a las pacientes que consultaron por I.U.E. se les realizó una historia clínica completa y una Exploración médica cuidadosa, realizando un Diagnóstico clínico, y que solo en 25 pacientes realizamos Uretrocistografía con cadena lo que corresponde al 16% del total. No se reporta en los expedientes la valoración con Q-Tip a pesar de la sencillez del estudio y en ningún caso se efectuó evaluación urodinámica de las pacientes por carecer de dicho servicio en nuestro Hospital.

Una vez establecido el Diagnóstico de I.U.E. en las pacientes, éstas fueron sometidas a cirugía ocupando el primer término la Colpoperineoplastia con Plastia de Kelly-Kennedy, con 93 casos, le sigue en frecuencia las pacientes que se sometieron a la O. de Pereyra con 36; en tercer sitio están las 19 que se intervinieron con la O. de Marshall-Marchetti-Krantz, y por último 7 más a la O. de Burch.

Respecto al análisis de la morbilidad podemos concluir que en las pacientes que acuden por I.U.E. al Hospital son sometidas a cirugía para tal padecimiento, por un gran grupo de Médicos Adscritos y Residentes, ya que se trata de un Hospital escuela, sin embargo, observamos una baja frecuencia de complicaciones, siendo la mayoría de las veces patología menor; como son la retención urinaria, la infección de vías urinarias, solo 2 lesiones vesicales resueltas favorablemente de las 155 pacientes sometidas a cirugía durante el año de 1993.

Analizando el seguimiento de nuestras pacientes, para determinar la eficacia de los tratamientos quirúrgicos aquí mencionados es del 92%, ya que solo se reportan 12 casos documentados de recidiva de la I.U.E. Sin embargo como en 50 pacientes se adolece de seguimiento posterior a la cirugía, si estos casos fueran excluidos nos daría una eficacia en la curación global de 89%, conclusión que estaría muy acorde con los reportes de otros autores.

RECOMENDACIONES.

Después de haber revisado el tema de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo , analizado y evaluado los casos clínicos que se presentaron en nuestro Hospital y que se sometieron a Cirugía durante el año de 1993 , que dan resultados con una variación poco significativa respecto de otros estudios hechos con mucha anterioridad en el mismo, nos percatamos que no existe avance en el estudio integral de las pacientes con éste padecimiento .

Que en el análisis del seguimiento existe un 32% de pacientes que no lo tienen, que otro porcentaje importante de pacientes fueron egresadas de la consulta antes de 3 meses (37%) . Lo que podría ser mejorado creándose una área física con personal permanente y equipo adecuado dedicada a la Urología Ginecológica y que pudiese dar origen a una Clínica más en nuestro Hospital.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Summitt R.L., Bent A.E. Genuine stress incontinence. An overview Urogynecology and Urodynamics Theory and Practice. Baltimore; Williams and Wilkins. 1991. pp 394-395.
- 2.- Stephen B. Y. Pingenton, M.D. A practical approach to perimenopausal and postmenopausal urinary incontinence. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Vol. 21: (2); 357-79; Jun 1994.
- 3.- Thiede A.H. Urología Ginecológica. Clin. Gin. y Obst. Temas Actuales. Vol. 2 1990.
- 4.- Norton A.P. Incontinencia Urinaria. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 2 1990.
- 5.- Hutch. Y. Jefcoate. Observations on Stress Incontinence of urine. Amer. J. Obstet. Gynecol. 74: 721, 1952.
- 6.- Smith A.R. Hoesker G.L. The role of partial denervation of the pelvic floor in the etiology of genitourinary prolapse. Brit. J. Obstet Gynaecol. 1989; 96:24.
- 7.- Hilton P. Staton J.L. Urethral pressure measurement, by microtransducer, the results in symptom free women and in those with genuine stress incontinence. Brit. J. Obstet. Gynaecol. 90:919. 1983.
- 8.- Benson C.R. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétrico. Ed. Man. Moderno 392-96; 1979.
- 9.- Pernoll, L.M. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos Ed. M. Moderno 6a edición 1993.
- 10.- Jackson P. Abrahams P. Sixth report on the standardisation of terminology of lower Urinary tract function. Scand. J. Urolody Nephrol. 20: 161, 1986.
- 11.- Peña, S.M. Silva, J.G. Tratamiento Quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. O de Burch. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 56, pp. 39-44, Feb. 1988.
- 12.- González M.J. Tratado Ginecología. Ed. Masson, Cap. 16, 6a. edición. 1993
- 13.- Wyman F.J. Choi. C.S. The urinary Diary in evaluation of oncontinent women. A Test, retest analysis. Obstetrics and Gynecology. Vol. 71. No. 6. Part one. June 1988.
- 14.- Karram M.M. Bathia N.N. The Q-Tip test satandardization of the technique and its interpretation in women with urinary incontinence. Obstetrics and Gynecology. Vol. 71 No. 6. Part 1. June. 1988.
- 15.- Montz F.J. Q-Tip test in female urinary incontinence. Obstet. Gynecol. 67:258., 1986.
- 16.- Stanton S.L. Surgical management of urethral sphincter incompetence. Clin. Obstet. Gynecol. 33, 346; 1990.
- 17.- Petri E. Vaginal or Abdominal approach for surgery of female stress incontinence. International Urogynecology Journal: 4, 131-2. 1993.
- 18.- Loughlin K.R. Gittes R.F. The comparative medical costs of two major procedures available for the treatment of stress urinary incontinence. J. Urology 127: 436, 1982.

19.- Burch, J.C. Uretrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence cystocele and prolapse. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 81: 281, 1961.

20.- Rey B. R. Tratamiento quirúrgico de la I.U.E. Tesis Hosp. de la Mujer SSA 1977.

21.- Martínez M.A. Incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. Tesis Hosp. de la Mujer S.S.A. UNAM 1978.

22.- Jones W. H. Tratado de Ginecología de Novak : 10a edición. Ed. Interamericana México 1986.

23.- Langman J.S. Embriología Médica. 6a. edición. Ed. Panamericana 1993.

24.- Cardozo L. Genuine stress incontinence and detrusor instability. A review 260 patients *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* 87: 184, 1980.