

11217 10
2ej.



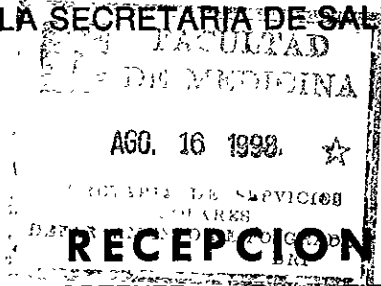
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
HOSPITAL DE LA MUJER**

AMB

**S. S. A.
HOSPITAL DE LA MUJER
DEPTO. DE ENSEÑANZA MEDICA**

**MORBILIDAD EN LA OPERACION PEREYRA
REVISION DE 5 AÑOS (1993-1997) HOSPITAL DE LA
MUJER DE LA SECRETARIA DE SALUD**



TESIS RECEPCIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. FERNANDO JIMENEZ MONTES DE OCA**

ASESOR: DR. ENRIQUE MEDINA HERRERA



MEXICO, D. F.

ENERO DE 1998.

1121634

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

A MIS PADRES

Evita y Javier

Y un agradecimiento

muy especial a los

Licenciados

María de Jesús Cervera y

Sergio Robert Gálvez

A MI ESPOSA AMADA

Vero

A MIS HIJOS

Javi y Kari-Fer

Índice

Justificación	3
Introducción	4
Desarrollo Histórico	5
Marco Teórico	7
Embriología	8
Anatomía	8
Mecanismo de continencia y Micción	9
Etiología	10
Clasificación	10
Frecuencia	11
Diagnostico	11
Tratamiento	14
Operación Pereyra	16
Éxito	16
Complicaciones y Morbilidad	17
Profilaxis de la Incontinencia Urinaria	19
Cuidados preoperatorios	20
Técnica quirúrgica	22
Cuidados transoperatorios	27
Cuidados postoperatorios	27
Modificaciones a la técnica de Pereyra	28
Planteamiento del problema	32
Hipótesis	32
Objetivos	33
Tipo de Estudio	33
Universo de Trabajo	34
Características del Grupo de Estudio	34
Criterios de Inclusión	35
Criterios de Exclusión	35
Variables	36
Ambiente Geográfico	36
Recursos Humanos	37
Recursos Materiales	37
Financiamiento del proyecto	37
Análisis de Resultados	38
Gráficas	41
Discusión	54
Conclusiones	56
Bibliografía	57

JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria en la mujer es una patología compleja, de muy diversa etiología y en ocasiones multifactorial.

Cuando estamos ante la incontinencia urinaria al esfuerzo, llamada por algunos autores como verdadera, real o de estrés, la decisión del tipo de intervención quirúrgica que será realizada es trascendental.

Para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria al esfuerzo se cuentan con diversas vías de abordaje: el abdominal, el vaginal y el mixto o combinado, como el que nos ocupará en el presente estudio, la técnica descrita por el Dr. Pereyra.

La operación Pereyra es comúnmente indicada en aquellos casos cuando se trata de una incontinencia urinaria al esfuerzo recidivante, por tal motivo, invita a pensar que se trata de una cirugía que va encaminada a la corrección de un padecimiento crónico y con tantas implicaciones médico-socio-familiares, que con un procedimiento, igualmente quirúrgico, no se ha podido erradicar.

De tal manera que el análisis de la morbilidad y en especial del porcentaje de recidiva, que de este procedimiento se derive deberá ser bajo.

Con el presente estudio pretendemos observar y analizar cuales son las complicaciones, y de manera muy especial las recidivas en la incontinencia urinaria, de la operación Pereyra que se practicó de PRIMERA INTENCION, creyendo que el obviar un procedimiento quirúrgico anterior es compensado con el ofrecimiento de un restablecimiento de la función urinaria, en un alto porcentaje de los casos. Por tal motivo haremos la revisión de las pacientes a las cuales se les ofreció y practicó la operación de Pereyra en los últimos 5 años (1993 - 1997), y que nos permitieron, así mismo, la comprobación del éxito o no del procedimiento.

Debido a las múltiples "modificaciones" referidas en la literatura, haremos énfasis en la técnica original y aquellas modificaciones practicadas en el Hospital de la Mujer, que sin desviar el propósito del estudio, se evaluará así mismo su eficiencia.

Así mismo conoceremos de manera indirecta la calidad con que los médicos, formados en nuestras aulas-quirófanos, cumplen el ofrecimiento del tratamiento de un padecimiento urológico, en el cual el ginecólogo tiene un amplio terreno día con día.

INTRODUCCIÓN

Aunque una gran mayoría de casos de incontinencia de orina al esfuerzo pueden ser curados por la plicatura del esfínter y de la uretra, se registran algunos fracasos, por lo que se deben buscar otros métodos de tratamiento para curarlos. Tales fracasos suelen acontecer especialmente en aquellos casos, no relacionados con lesiones obstétricas, en que la escasa musculatura del esfínter tiene un tono insuficiente para contener la emisión de orina cuando aumenta la presión intra-vesical. A menudo, la operación de plicatura, aun realizada por buenas manos, no logra su objeto, como consecuencias de torpes tentativas anteriores que dejaron un tejido cicatrizal que imposibilita al esfínter contraerse con eficacia, independientemente del mayor o menor ajuste de la plicatura. La ausencia congénita del mecanismo esfinteriano con un conducto uretral completamente formado es rara, pero existe. En tales casos, es posible que la musculatura circular exista aunque carente de inervación. Sin embargo faltan signos demostrables de otras anomalías neurológicas. Tales enfermas no pueden ser curadas por la plicatura del esfínter, por lo tanto, debe buscarse otro tipo de mecanismo capaz de proporcionar la apropiada continencia urinaria.

En otro grupo de casos, la uretra presenta anomalías congénitas o esta ausente debido a diversos grados de espadias. La formación de un conducto uretral no tiene ningún valor a menos que se pueda idear un mecanismo esfinteriano.

La destrucción total o parcial de la uretra por lesiones obstétricas requiere la formación o la reconstrucción artificial de la misma, pero a menudo el cirujano no puede restaurar la musculatura esfinteriana suficiente como para restablecer la continencia.

Por último hay un grupo de enfermas, en el cual la incontinencia depende de una inervación defectuosa. La anomalía congénita más común del mecanismo nervioso se halla relacionada con la espina bifida. Entre las lesiones adquiridas tenemos al cordoma, la tabes dorsal, la mielitis transversa, la esclerosis múltiple y las lesiones traumáticas de la médula. Es importante obtener la mayor cantidad posible de datos sobre la verdadera naturaleza del defecto nervioso con el objeto de intentar una corrección inteligente. Kennedy ideó un instrumento para obtener uretrografías que demuestra el grado de insuficiencia del esfínter. Barnes obtuvo datos satisfactorios empleando un mecanismo más simple que el de Kennedy (1).

Se debe ser muy cuidadoso al seleccionar los casos para cirugía, cuando exista alguna afección neurológica. Deben efectuarse estudios cistométricos para determinar la presión intra-vesical, ya que la misma aumentada, puede producir la incontinencia, aun cuando el mecanismo esfinteriano sea normal. Si se comprueba que el tono del esfínter es normal, y si se observa que el tono intravesical está aumentado, evidentemente cualquier procedimiento quirúrgico dirigido hacia el esfínter no tendrá valor alguno. Además, si la cistografía muestra un reflujo en los uréteres, lo que indica una insuficiencia en el mecanismo valvular en al unión uretero-vesical, probablemente es erróneo querer proporcionar a esta paciente un esfínter vesical. Se ha aprendido por la experiencia que en algunos de tales casos la obstrucción a la salida de la orina de la vejiga puede producir demasiada presión retrograda en los riñones y predisponer a la enferma a ataques recurrentes de pielitis. Por supuesto en todos los casos neurológicos debe intentarse corregir la afección de fondo, pero desafortunadamente ello es a menudo imposible.

En todos los grupos antes mencionados, el cirujano debe buscar otro lugar, distinto del cuello vesical y de la uretra para crear un mecanismo eficaz para la continencia urinaria. Muchas operaciones han sido ideadas, ninguna de las cuales tiene un éxito universal, aunque algunas presentan ventajas sobre otras en ciertas circunstancias (1).

DESARROLLO HISTÓRICO

En 1907, Giordano utilizó una porción del músculo recto interno del muslo (*gracilis*) para rodear la uretra. Deeming, en 1926 comunicó que él restableció la continencia, con este método, en una mujer en quien previamente se había modelado un conducto uretral, debido a una epispadia.

En 1910 Goebell describió una operación en la que liberaba por disección los músculos piramidales, los rebatía por detrás de la sínfisis y rodeaba a la uretra cerca de su unión con la vejiga, sugería cruzar los músculos si sus longitudes lo permitían. Informó sobre un caso en que se efectuó esta operación después de moldear una uretra en una niña con epispadias. Una segunda operación de este tipo se efectuó en una niña afectada de incontinencia, después de una operación por meningocele. En ambos casos los resultados fueron considerados satisfactorios. Una dificultad evidente de esta operación es que los músculos piramidales varían muchísimo en cuanto a su desarrollo y pueden resultar demasiado cortos para rodear la uretra.

En 1911 Squier utilizó los músculos transversos del perineo y elevadores del ano para restablecer la continencia en un hombre cuyo esfínter había sido seccionado en una operación anterior. Dijo haber logrado un resultado satisfactorio. Taussig también utilizó el elevador derecho del ano en un caso en que la uretra había sido destruida durante el parto. Un colgajo de mucosa vaginal fue llevado hacia adelante para la formación de una nueva uretra. Una porción del elevador derecho del ano, que se liberó por disección fue transpuesta por debajo de la base de la vejiga y suturada a la fascia pubiana izquierda. Se colocó una sutura en jareta alrededor de la uretra tomando fibras del elevador de tal manera que cuando la jareta fue ajustada las fibras musculares se disponían a manera de una luna en cuarto creciente por debajo, y parcialmente alrededor de la uretra.

En 1914, Frangenheim utilizó el músculo piramidal unido a unas tiras de fascia de la vaina del recto para circundar a la uretra masculina. La lonja era traída hacia abajo retropúbicamente alrededor de la uretra y suturada así misma. La operación se efectuaba para la incontinencia subsiguiente a una lesión perineal con formaciones estricturantes. El resultado obtenido fue totalmente satisfactorio.

En 1917 Stoeckel combinó el empleo del músculo piramidal y de la lonja de fascia uretral. Con los extremos seccionados se circundaba la uretra y aquellos se suturaban entre sí debajo de la misma. Stoeckel describió otros dos casos tratados con éxito. En el primero se había producido una fistula a consecuencia de una cesárea vaginal, después del cierre de la fistula, la paciente seguía con incontinencia. Mediante la combinación descrita, la enferma fue curada. En el segundo caso, se trataba de un uretrocele asociado con incontinencia. La operación combinada llevó a la cura.

En 1932, Norman Miller modificó la técnica operatoria de Goebell- Frangenheim- Stoeckel, llevando los músculos piramidales con la tira de fascia adherida hasta y por debajo de la uretra pasando por delante de la sínfisis pubiana. El propósito de esta modificación era evitar la posibilidad de una hemorragia retropubiana, sobre todo a partir del seno venoso parauretral frecuentemente encontrado a la altura del cuello de la vejiga. Con todo, ha de hacerse notar que la hemorragia resultante del procedimiento de Miller puede hacerse de lo más enfadosa en torno al clitoris. Además la tira de fascia se emplazaba demasiado adelantada, con relación a la unión uterovesical, para poder resultar de una gran utilidad. No es extraño que el procedimiento nunca ganara una gran aceptación.

En 1933 Price informó sobre la cura de la incontinencia urinaria en una niña con ausencia congénita del sacro y del cóccix y sin inervación del esfínter. El autor citado empleó una cincha de fascia lata que llevó alrededor de la uretra retropúbicamente, y luego unió ambos extremos a los músculos rectos. El principio de esta técnica con modificaciones posteriores, se ha venido usando como uno de los métodos más seguros.

En 1942, Aldridge ideó una modificación que combinaba algunos de los detalles de la operación de Goebell-Frangenheim-Stoeckel, con algunos otros de la de Price. Efectuando una incisión transversal en el abdomen inferior, obtenía lonjas de aponeurosis de la vaina del recto, a ambos lados, dirigiendo sus incisiones, para la obtención de estas tiras de fascia hacia fuera y hacia arriba es decir en el sentido de las fibras aponeuróticas. Previa sección de las extremidades externas y despegamiento, estas lonjas de fascia eran llevadas hacia abajo a través de los músculos rectos, luego, retropúbicamente; finalmente, circundando por debajo de la uretra. Dependía de la elasticidad de los músculos rectos el logro de una adecuada tracción sobre la uretra.

En 1949, Wilfred Shaw, de Londres describió una operación en la que una ancha tira de fascia lata se transplantaba debajo de todo el trayecto de la uretra y de la base de la vejiga. Se practicaban orificios a través de los huesos pubianos bilateralmente y los extremos de las cinchas aponeuróticas son atraídos a través de tales orificios. Los extremos de la cincha son suturados con catgut a los tejidos tendinosos de la vecindad de los orificios, dando a la cincha la tensión deseada. El autor presentó 51 personas operadas por este método, con una sola muerte. 35 de estas pacientes con incontinencia simple de esfuerzo fueron curadas.

En el mismo año, Marshall, Marchetti y Krantz comunicaron una operación completamente nueva que ellos habían efectuado en 50 pacientes, 38 con el tipo habitual de incontinencia al esfuerzo, 35 de las cuales habían sido sometidas a un total de 40 operaciones ginecológicas convencionales sin experimentar curación. El procedimiento consistía en la simple elevación quirúrgica y fijación del cuello vesical y de la uretra mediante su sutura al periostio suprapúbico con catgut cromado. Los precitados autores dicen haber tenido excelentes resultados en el 82% de los casos.

Posteriores refinamientos de técnica y un estudio cuidadoso preoperatorio de las pacientes han permitido mejorar esta cifra.

En su búsqueda del material perfecto a utilizar en los métodos que sirven de la "cincha" o "cabestrillo", los cirujanos han acudido a prácticamente todo tipo de material imaginable, sin haber encontrado hasta el presente, uno totalmente satisfactorio.

En principio, los medios obtenidos de la propia paciente, tales como la fascia, han probado ser los más seguros, suscitando un mínimo de reacción tisular. El empleo de tejidos orgánicos extraños del tipo de la fascia de buey o el colágeno no ha resultado favorable. El uso de las fibras sintéticas de poliéster, como el dacrón (mersilene), parece en un principio constituir la respuesta final. A causa del aprovisionamiento a voluntad del material y de la facilidad de su manipulación. Sin embargo, contrariamente a los éxitos comunicados con su empleo en otras regiones del cuerpo, este producto ha demostrado no ser conveniente y su uso ha quedado proscrito en las técnicas de cabestrillo.

La literatura más reciente está llena de numerosas modificaciones de las tres técnicas básicas para la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria al esfuerzo, es decir, 1) el procedimiento de reconstrucción- plicatura de Kelly, 2) El método de cabestrillo; 3) la rectificación de posición de la uretra (uretropexia). Solo el tiempo y la práctica permitirán juzgar el valor de cada una de las nuevas variantes, sin embargo, los principios generales del tratamiento quirúrgico siguen siendo los mismos a pesar del desfile de diversos procedimientos. A medida que aumenta la comprensión de los mecanismos de la incontinencia urinaria al esfuerzo se acrecienta también la probabilidad de instaurar métodos de tratamiento mucho más eficaces, aunque hasta ahora persiste el número aparentemente irreducible de fracasos resultantes de cualquier procedimiento. (1)

Las contribuciones más recientes proceden de Green, Ball, Ingelmann-Sundberg, Gunther y la del Dr. Pereyra la cual nos ocupa en este estudio.

MARCO TEÓRICO

Se define como incontinencia urinaria al esfuerzo 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 incontinencia urinaria al esfuerzo, se produce hasta en un 90% de los casos debido a que la unión uretro-vesical se ha movido, quedando fuera de la presión intra abdominal. (2)

En los reportes de la literatura, encontramos que más de 10 millones de adultos en Estados Unidos sufren de incontinencia urinaria al esfuerzo, lo que representa un costo anual aproximado de 10.3 billones de Dólares, siendo además un problema de índole social higiénico, demostrable objetivamente (3)

En México en 1962 Donato Ramírez reporta una incidencia del 20%, (4) y Giménez Miranda del 22% (5) y en 1993 en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, se registró un 12.3% de pacientes que acuden por esta patología. (3)

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

La incontinencia urinaria al esfuerzo 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 el esfuerzo fue acuñado por el Doctor Holland en 1922, posteriormente otros autores le agregaron los calificativos de "anatómica", "genuina" y "de estrés"

En ausencia de actividad del detrusor existe continencia urinaria gracias a factores que mantienen la presión intra uretral, como son a) el esfínter uretral interno y el externo. B) el soporte anatómico de la unión uretro-vesical, C) vías neurológicas intactas. Y se ha demostrado que las estructuras del esfínter uretral y la unión uretrovesical son estrogénoddependientes, así como se han localizado receptores en el trigono, en la vejiga y en la pared vesical

El signo de la incontinencia urinaria al esfuerzo 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

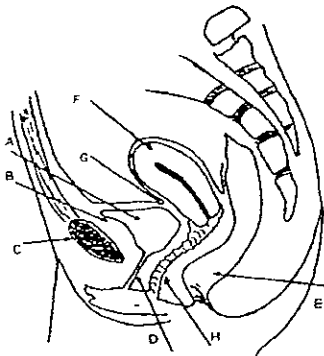
Los signos y síntomas de la incontinencia urinaria al esfuerzo a veces son desorientadores y por ello el diagnóstico preciso a menudo requiere del estudio urodinámico, además de la anamnesis y la exploración física cuidadosa (6)

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 ano rectal posterior; y a la membrana cloacal en membrana urogenital y membrana anal. Así el seno urogenital y parte del alantoides formaran la URETRA Y LA VEJIGA en el adulto

La uretra y la vejiga femenina se desarrollan a partir de los cuatro primordios embrionarios que son: A) El del detrusor, B) El del trigono, C) El del músculo liso uretral y el del músculo estriado de la uretra (6) (7)

Anatomía



a) Vejiga, b) Espacio de Retzius, c) Pube, d) Uretra, e) Recto, f) Útero, g) Pliegue uterovestibular, h) Vagina

La vejiga es un órgano INTRAPÉLVICO cuya función es de depósito de la orina, conformada por una pared constituida por el músculo detrusor, que cuando está distendida es de pared delgada. La base de la vejiga incluye la región del trigono con los orificios ureterales y de la uretra, es la zona más gruesa y con menos capacidad de distensión. Esta pared está formada por una capa externa muscular de fibras longitudinales, otra en sentido oblicuo y circular y por último una capa interna de predominio longitudinal, otros autores señalan que las fibras forman dos fascículos en forma de "U" de dirección contraria 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. (8)

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

La uretra mide de 3 a 4 cm. en la mujer y se compone de músculo liso con una capa externa circular y otra interna longitudinal y 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 (6)

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

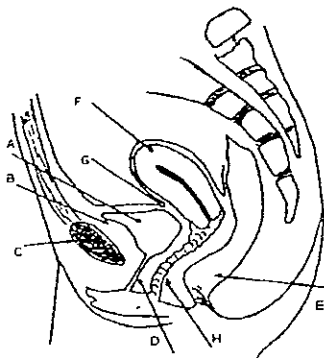
La innervación de tipo autónomo proviene del plexo pélvico, y la parasimpática deriva de los segmentos S-2 a S-4 y el simpático de los dorsales (T-10 a T-12 y L-1 a L-2) que conforman el plexo hipogástrico superior (nervio presacro). En el músculo detrusor existe el plexo difuso de tipo colinérgico (dominante) y ramas adrenérgicas escasas (simpáticas) sin embargo estas son las que dominan en la región basal del trigono. El músculo liso uretral básicamente se innerva por el parasimpático y en la zona del esfínter su innervación proviene del nervio pudendo (6) (9)

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 ano rectal posterior, y a la membrana cloacal en membrana urogenital y membrana anal Así el seno urogenital y parte del alantoides formaran la URETRA Y LA VEJIGA en el adulto.

La uretra y la vejiga femenina se desarrollan a partir de los cuatro primordios embrionarios que son A) El del detrusor, B) El del trigono, C) El del músculo liso uretral y el del músculo estriado de la uretra (6) (7)

Anatomía



a) Vejiga, b) Espacio de Retzius, c) Puhis, d) Uretra, e) Pexis, f) Utero, g) Repliegue ítero-vesical, h) Vagina

La vejiga es un órgano INTRAPÉLVICO cuya función es de depósito de la orina, conformada por una pared constituida 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 ureterales y de la uretra, es la zona más gruesa y con menos capacidad de distensión. Esta pared esta formada por una capa externa muscular de fibras longitudinales, otra en sentido oblicuo y circular y por último una capa interna de predominio longitudinal, otros autores, señalan que las fibras forman dos fascículos en forma de "U" de dirección contraria 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 (8)

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

La uretra mide de 3 a 4 cm en la mujer y se compone de músculo liso con una capa externa circular y otra interna longitudinal y 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 (6)

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

La mervación de tipo autónomo proviene del plexo pélvico, y la parasimpática deriva de los segmentos S-2 a S-4 y el simpático de los 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 mervación proviene del nervio pudiendo (6) (9)

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. (6) (9)

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

El esfínter estriado de la uretra abarca de un 20 a un 60% de la longitud total, y genera la tensión de reposo y los músculos estriados del diafragma urogenital ocupan del 50 al 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 incontinencia urinaria al esfuerzo genuina presentan como fisiopatología una deficiente transmisión de la presión de la uretra y que la intensidad de la incontinencia depende del grado de la 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. (10)

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 orina. Todo lo anterior es modulado por el tallo encefálico, permitiendo la contracción en 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 (6) (9)

No existe hipótesis aceptada universalmente como causa de incontinencia urinaria al esfuerzo genuina, pero se asocian en estos casos los siguientes factores:

1 - Debilidad del esfínter estriado generado en los partos al dilatarse el periné y la vagina. El diafragma urogenital se distiende y esto general relajación y rotura de las 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 causa nerviosa, 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 posmenopáusicas y en las niñas dándose esto por un hipogestrogenismo

3 - Por falta de angulación de la uretra generada por descensos de la vejiga, por debilidad del piso perineal, por ejemplo, en los prolapsos 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 al esfuerzo es el traumatismo a los mecanismos de control vesical, en su mayor parte debido a la distocia (parto con instrumentos) influyen también la compresión de la vejiga por el útero grávido, los tumores pélvicos y la ascitis Las operaciones al rededor de la uretra y la vejiga generan rigidez de estas estructuras y pueden provocar o agravar la incontinencia urinaria al esfuerzo. (11)

Clasificación

La incontinencia urinaria se puede clasificar en 6 tipos sobre la base de los datos clínicos.

- 1 - Incontinencia urinaria al esfuerzo genuina
- 2 - Incontinencia motora (Vejiga inestable)
- 3 - Incontinencia de urgencia sensitiva
- 4 - Incontinencia por rebosamiento
- 5 - Incontinencia por derivación
- 6 - Incontinencia Psicógena (12)

La Sociedad Internacional de Continencia ha clasificado 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 (13)

No existe hipótesis aceptada universalmente como causa de incontinencia urinaria al esfuerzo genuina, pero se asocian en estos casos los siguientes factores:

1 - 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 las 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 causa nerviosa, 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 posmenopáusicas 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 prolapsos 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 al esfuerzo es el traumatismo a los mecanismos de control vesical, en su mayor parte debido a la distocia (parto con instrumentos) influyen también la compresión de la vejiga por el útero grávido, los tumores pélvicos y la ascitis. Las operaciones al rededor de la uretra y la vejiga generan rigidez de estas estructuras y pueden provocar o agravar la incontinencia urinaria al esfuerzo. (11)

Clasificación

La incontinencia urinaria se puede clasificar en 6 tipos sobre la base de los datos clínicos.

- 1 - Incontinencia urinaria al esfuerzo genuina
- 2 - Incontinencia motora (Vejiga inestable)
- 3 - Incontinencia de urgencia sensitiva
- 4 - Incontinencia por rebosamiento
- 5 - Incontinencia por derivación
- 6 - Incontinencia Psicógena (12)

La Sociedad Internacional de Continencia ha clasificado esta entidad diagnóstica desde el punto de vista urodinámico como sigue

- Tipo 1 Incontinencia genuina de esfuerzo
- Tipo 2 Inestabilidad del detrusor
- Tipo 3 Uretra de presión baja
- Tipo 4 Uretra inestable (13)

Se conoce de reportes en la literatura de que el 50% de las mujeres de todas las edades, tienen cuando menos una leve incontinencia urinaria al esfuerzo, se reporta también que es más común en las mujeres mayores de 45 años, que hayan tenido lesiones por el parto u operaciones quirúrgicas en la pélvis

Casi el 20% de la cirugía ginecológica electiva tiene como finalidad curar la incontinencia urinaria al esfuerzo. (11)

La incontinencia urinaria al esfuerzo impide a un gran numero de mujeres disfrutar plenamente el ejercicio de su profesión, relaciones sociales y su vida sexual. (12)

Diagnóstico

La incontinencia urinaria al esfuerzo continua siendo hasta la fecha un desafío constante para el juicio clínico del cirujano, urólogo y gineco obstetra, ya que a pesar de los conocimientos actuales, así como del uso de la más moderna tecnología, desconocemos con exactitud la etiopatogénia de este padecimiento, conduciendo a la dificultad para establecer el diagnóstico y a la imposibilidad de un tratamiento eficaz (14)

Es importante diferenciar entre la incontinencia urinaria al esfuerzo y la disinergia 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 diagnóstico complementarios

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

Se investigarán también los trastornos del sistema nervioso como causa de la incontinencia urinaria

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 que la paciente es capaz de detener la micción normal (2)

2 - Exploración adecuada - La exploración debe de detectar la presencia de masas intrabdominales, hernias, y se debe de descartar además alguna neuropatía

Una exploración detallada del aparato genital, de la uretra y la vejiga, ya que en un alto porcentaje (70-80%) existe alteracion de la estática pélvica o relajación de los medios de sostén (11)(12)

Se conoce de reportes en la literatura de que el 50% de las mujeres de todas las edades, tienen cuando menos una leve incontinencia urinaria al esfuerzo, se reporta también que es más común en las mujeres mayores de 45 años, que hayan tenido lesiones por el parto u operaciones quirúrgicas en la pélvis.

Casi el 20% de la cirugía ginecológica electiva tiene como finalidad curar la incontinencia urinaria al esfuerzo. (11)

La incontinencia urinaria al esfuerzo impide a un gran número de mujeres disfrutar plenamente el ejercicio de su profesión, relaciones sociales y su vida sexual. (12)

Diagnóstico

La incontinencia urinaria al esfuerzo continua siendo hasta la fecha un desafío constante para el juicio clínico del cirujano, urólogo y 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 (14)

Es importante diferenciar entre la incontinencia urinaria al esfuerzo y la disnergia 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 diagnóstico complementarios

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

Se investigarán también los trastornos del sistema nervioso como causa de la incontinencia urinaria

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 que la paciente es capaz de detener la micción normal (2)

2 - Exploración adecuada.- La exploración debe de detectar la presencia de masas intrabdominales, hernias, y se debe de descartar además alguna neuropatía

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 (11)(12)

Se debe inspeccionar y palpar la pared anterior de la vagina y si se observa atrofia hipostrogénica en esta 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 vejiga llena. Del 70 al 80% de las pacientes con incontinencia urinaria al esfuerzo tienen cistocele o uretrocele, aunque solo el 50% de estos padecimientos se asocian a incontinencia urinaria al esfuerzo.

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 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 (15)

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. (16)

3 - Métodos diagnósticos complementarios.

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 incontinencia urinaria al esfuerzo y el restante 5% puede ser normal, siendo estos los casos en los que 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 esta prueba. (12)

En 1972 Crystle introdujo esta prueba del Q-Tip para medir objetivamente la extensión o el grado de movilidad uretrovesical en las mujeres con incontinencia urinaria al esfuerzo 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 disconfort de las pacientes. Se incrementó el entendimiento de la dinámica en la incontinencia urinaria al esfuerzo 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 (17)

Se considera esta prueba como una medición objetiva, donde al colocar el aplicador con la punta de algodón, lubricado en la uretra, con la punta en la unión uretrovesical, con la paciente en decúbito dorsal, se mide el ángulo que forma el Q-Tip con la 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° en reposo o con la maniobra de Valsalva indica un buen soporte anatómico, un ángulo mayor de 30° con la maniobra de esfuerzo indica un soporte anatómico deficiente, y un ángulo entre 15 y 30° es no concluyente (2) (12)

c) Prueba de esfuerzo urinario - Debe ser parte importante de la evaluación de la incontinencia urinaria al esfuerzo, aquí se instalan 300cc de solución fisiológica para dar la sensación de plenitud vesical sin generar incomodidad, se coloca una toalla testigo y se pone de pie a la paciente con ambas piernas abiertas al ancho de hombros y se le pide toser de 8 a 10 veces o realizar la maniobra de Valsalva, posteriormente se visualiza el perné 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 incontinencia urinaria por acción de los mecanismos voluntarios y sin embargo una prueba negativa a pesar de no eliminar el diagnóstico de incontinencia urinaria al esfuerzo sugiere un trastorno leve y la necesidad de verificar con otros métodos antes de someter a tratamiento quirúrgico a la paciente. (15)

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

Green define dos tipos de incontinencia urinaria al esfuerzo, el tipo I con descenso leve, posterior e inferior de la unión uretrovesical ($n < 110^\circ$). Lo que implicaría indicación para realizar cirugía vaginal y tipo II con mayor lesión de los medios de sostén con el ángulo uretrovesical posterior $>$ de 180° y anterior lo que sería indicativo de cirugía abdominal. Esto ha 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 grabado y permite su reproducción, considerándose una técnica diagnóstica exacta pero cara para su uso rutinario. (6) (12)

e) Urodinámica - Estudio de la presión uretral, lo que comprende a la

Presión uretral en reposo, que indica la capacidad de la uretra a compensar los aumentos la presión intravesical

Presión uretral con esfuerzo (perfil dinámico) bajo efecto de la tos analiza la transmisión de la presión abdominal de la uretra

Por último están los registros de la presión vesical, constituyendo este un método de alto valor para distinguir la incontinencia urinaria al esfuerzo verdadera de la micción imperiosa, en la primera las presiones son bajas, en cambio en la disinergia 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. (6)

En ocasiones en la práctica real las cosas no son tan sencillas ya que existen mujeres con presiones intravesicales normales y cursan con una incontinencia urinaria al esfuerzo más una disinergia obteniendo pruebas que son difíciles de valorar, por lo que se pueden valorar aun otros exámenes más como son la electromiografía, la ecografía, las medidas de conductancia uretral, etc (2) (12)

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

- 1 - Análisis de orina y urocultivo negativos
- 2 - Examen neurológico normal
- 3 - Soporte anatómico deficiente (Q-Tip y Rx)
- 4 - Escape demostrable de orina con el esfuerzo
- 5 - Uretrocistometría normales (3)

La Urodinámica debe establecer.

- 1 - La causa de insuficiencia del esfínter uretral
- 2.- Detección de la disinergia 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 incontinencia urinaria 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 incontinencia urinaria al esfuerzo (10) (18)

Se considera Urodinámica obligatoria en los siguientes casos

- 1 - Antecedente de cirugía para incontinencia urinaria que fracasó
- 2 - Sintomatología compleja, incontinencia urinaria al esfuerzo más urgencia, dificultad y alteraciones de la frecuencia, etc
- 3 - Síntomas de dificultad para evacuar
- 4 - Neuropatías
- 5 - Posibilidad de litigio

En resumen podemos decir que existen tres variantes quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo, genuina y anatómica

La cistoureteropexia vaginal iniciada por Kelly y Kennedy

La cistoureteropexia retro-púbica con sus variantes, Marshall- Marchetti- Krantz, Burch y se incluye además la descrita por Pereyra y sus modificaciones.

Técnicas con cabestrillo uretrovesical descritas por Goebell y reportada por Aldridge

Recientemente ha habido discusiones para determinar cual es la cirugía más efectiva para la incontinencia urinaria al esfuerzo. ha prevalecido siempre que la corrección trans abdominal es más efectiva en la elevación y estabilización de la unión uretrovesical con relación a la cirugía vaginal. (2) (19)

Al decidir el cirujano si la operación está indicada y cuál a de ser el tipo de ésta, son muchas las facetas a considerar. De manera especial se debe reflexionar sobre él porque del fracaso de una primera tentativa. Aunque el porcentaje esperado de éxitos, ya sea curación o mejoría muy aceptable, por el procedimiento de plicatura de Kelly sea decididamente elevado, los resultados desfavorables deben ser sometidos, no obstante, a un estudio y técnicas de tratamiento más elaborados.

Es opinión general que la técnica de plegamiento de Kelly, con su sencillez, seguridad y alto porcentaje de resultados favorables debe constituir en la mayoría de los casos el primer esfuerzo en el tratamiento quirúrgico. Hay una excepción a esta regla, sin embargo; la de aquellos casos de incontinencia en mujeres, con frecuencia ancianas, que no presentan relajación de la pared vaginal anterior. En estas pacientes la incontinencia se debe aparentemente al escaso tono muscular del esfínter y debilidad de los tejidos como resultado del paso del tiempo. Poco o nada puede esperarse del estiramiento de estos precarios músculos. De ahí que en tales circunstancias, si la gravedad del caso exige la intervención, hayamos procedido directamente a la operación de encabestrillado

Se cuentan estadísticas que muestran, a grosso modo, desde un 90% de curaciones, 5% de mejorías y 5% de fracasos con la operación de Kelly. Sin embargo en clínicas con mayores contingentes de pacientes comunican entre un 60 a un 65% de éxitos con la plicatura de Kelly correctamente realizada. Counseller, Bower y otros hacen observar que el porcentaje de los resultados favorables decrece a medida que los años transcurren a contar de la fecha de la plicatura, lo que sugiere la recurrencia del debilitamiento tisular. (1)

Por tanto es evidente que se debe buscar sostén muscular en otra parte que en el esfínter debilitado para permitir a estas mujeres contener su orina. Green y otros han llamado la atención hacia la importancia del ángulo uretrovesical en relación con la incontinencia. Pero trabajos más recientes de Greenwald, Thornburg y Duun arrojan dudas sobre la importancia real que pueda atribuirse a este ángulo. Estos autores hallaron las mismas anomalías demostrables en el 65% de sus pacientes sin la menor incontinencia urinaria. Han comprobado diversos tipos de ángulos uretrovesicales en mujeres con incontinencia urinaria y en otras con perfecto dominio esfinteriano

Los porcentajes de los ángulos "normales y anormales" en pacientes con y sin incontinencia son tales que llevan a la conclusión que el ángulo no representa el factor esencial. Ciertamente es que por la plicatura y también por el encabestrillado, el ángulo se modifica, pero se inclinan a creer que ello es secundario y que el factor que restablece en ambos casos la incontinencia es el sostén suburetral que la operación proporciona en la región de la unión uretrovesical

En conclusión, no pretenden limitar la importancia y la necesidad de un estudio detenido de la afección antes de operar. De mayor importancia es la anamnesis, que nos convenza que efectivamente nos hayamos ante una incontinencia al esfuerzo y no una incontinencia por excesiva imperiosidad

El conocimiento del tipo de operación anterior es de gran significación. Las intervenciones anteriores conducen con frecuencia a un exceso de tejido cicatricial en la región operatoria, que puede hacer más difícil la operación proyectada, aunque en modo alguno excluyen la realización de un nuevo intento, como lo comprueba el hecho de que se han tratado a numerosas mujeres que presentaban uretras con intensas formaciones cicatriciales por medio de un cabestrillo

Cuando exista una cicatriz de una incisión abdominal mediana previa, no se debe elegir una operación que requiera el empleo de una lona fascial de la línea media. Del mismo modo cuando la fascia lateral muestra cicatrices debidas a una incisión rectal o de McBurney, las tiras laterales de Aldridge deben ser evitadas. Cuando la uretra ha sido confeccionada anteriormente por una operación plástica y se intenta proveer una acción estéril, no es conveniente incidir la mucosa vaginal suburetral, por el peligro de entrar a la luz de la uretra. (20)

La incontinencia urinaria genuina es una patología que se acompaña de un pobre soporte de los órganos pélvicos y una excesiva movilidad del cuello vesical y de la uretra. A través del tiempo se han descrito más de 100 diferentes técnicas quirúrgicas para la corrección de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo.

De acuerdo con los diferentes criterios de selección de las pacientes se deben tomar en cuenta, la historia clínica y el examen físico y uroginecológico, la experiencia del cirujano, la patología pélvica asociada, los trastornos de la estática pelvigenital, y el diagnóstico preoperatorio establecido por urodinámica, se debe tomar en cuenta que la incontinencia urinaria generalmente se encuentra asociada con patología ginecológica que de ser posible debe corregirse

Una vez establecido el diagnóstico de certeza del tipo de incontinencia urinaria, y de acuerdo con la presencia de alteraciones de la estática pelvigenital, patología asociada y antecedente incluyendo los quirúrgicos y la evaluación de cada caso se decidirá la técnica quirúrgica

La vía vaginal es convenientemente indicada en las pacientes con trastornos de la estática pelvigenital grados II y III en la que no existan contraindicaciones para esta vía; pudiendo realizarse la operación de Pereyra. La vía abdominal debe ser en aquellas pacientes con patología uterina y otros problemas que contraindiquen la vía vaginal

La operación de cabestrillo en aquellas que la presión máxima de cierre uretral sea menor de 20 cc de H₂O. Y la plicatura de Kelly en aquellas pacientes de mayor edad que ameriten cirugía vaginal, ya que el riesgo de retención urinaria con la operación de Pereyra es mayor. (21)

La operación Pereyra es comúnmente indicada en aquellos casos que se trata de una incontinencia urinaria al esfuerzo recidivante, por tal motivo, invita a pensar que se trata de una cirugía que va encaminada a la corrección de un padecimiento crónico que persiste a pesar de un intento quirúrgico anterior, por lo que analizaremos el éxito, la morbilidad y complicaciones de este procedimiento, reportado en la literatura

OPERACIÓN PEREYRA

Éxito

El éxito de la operación Pereyra es frecuentemente medible, comparándolo con el de otras técnicas quirúrgicas.

En reportes nacionales comparan a la técnica de Pereyra con la técnica de Burch, estudiando 229 pacientes sin encontrar técnicamente ventajas entre una cirugía y otra, independientemente de las indicaciones para cada una de ellas (22)

Así mismo en otro estudio nacional comparan a 4 métodos de cistouretopexia con un seguimiento a dos años, con un total de 597 pacientes realizando 379 cirugías con la técnicas de Pereyra, 90 tipo Burch, 68 de Powell y 60 de Marshall- Marchetti -Krantz; obteniendo los mejores resultados con la técnica de Burch y Pereyra con un 90 y 89.5% respectivamente. Gran parte del éxito de la cirugía depende de la selección correcta de la paciente y la realización meticulosa de la técnica quirúrgica (23) así mismo Rodríguez en 1996 reporta una tasa de éxito del 90.5% para la operación Pereyra y 89.3% para la técnica de Burch (21)

James Klutke en 1996 describe una suspensión transvaginal de cuello vesical al ligamento de Cooper, realizada en 10 pacientes las cuales manifestaron subjetivamente mejoría. De estas a 5 se les llevó un seguimiento urodinámico en donde 4 de ellas resultaron sin alteraciones y la restante mostrando incontinencia urinaria al esfuerzo, en un lapso de 18 meses posterior a la cirugía (24)

La operación Pereyra modificada ha sido utilizada por Jerry Blaivas en 1995 para el tratamiento de la Incontinencia Urinaria Recidivante en 49 pacientes a las que se les realizó una reconstrucción de lesiones vesicales o uretrales secundarias a cirugía y trauma obstétrico utilizando una banda del labio mayor "Martius" con el principio básico de Pereyra obteniendo resultados satisfactorios. (25)

En 1995 Trockman realiza un análisis retrospectivo a 125 pacientes sometidas a la operación de Pereyra, en un seguimiento de 10 años observando un 51% de incontinencia urinaria al esfuerzo recidivante con o sin urgencia a largo plazo. (26)

Sirls presenta un estudio metodológico en el que compara la revisión retrospectiva y el porcentaje de curabilidad con la operación Pereyra en 151 pacientes, observando que el 47.1% fueron curadas y el 64% presentaron incontinencia urinaria, comparado con el 72% de curación y el 89% de recidiva en la revisión retrospectiva por lo que tanto el porcentaje de curación como el de recidiva es menor utilizando un estudio metodológico profundo. (27)

En 1994 Bergman compara 3 procedimientos quirúrgicos para la incontinencia urinaria al esfuerzo con un seguimiento de 5 años, estudiando 127 pacientes. Reporta un porcentaje de éxito del 37%, 82% y 43% para las técnicas Kelly, Burch y Pereyra respectivamente, así como el 26%, 7% y 22% de recidivas respectivamente. A los cinco años realizan la prueba de Q-tip en donde resulta negativa en un 30%, 91% y 46% para las técnicas Kelly, Burch y Pereyra respectivamente. Por lo que concluye que la técnica de Burch es superior para la corrección y permanencia (28)

OPERACIÓN PEREYRA

Éxito

El éxito de la operación Pereyra es frecuentemente mesurable, comparándolo con el de otras técnicas quirúrgicas.

En reportes nacionales comparan a la técnica de Pereyra con la técnica de Burch, estudiando 229 pacientes sin encontrar técnicamente ventajas entre una cirugía y otra, independientemente de las indicaciones para cada una de ellas. (22)

Así mismo en otro estudio nacional comparan a 4 métodos de cistouretopexia con un seguimiento a dos años, con un total de 597 pacientes realizando 379 cirugías con la técnicas de Pereyra, 90 tipo Burch, 68 de Powell y 60 de Marshall- Marchetti -Krantz, obteniendo los mejores resultados con la técnica de Burch y Pereyra con un 90 y 89.5% respectivamente. Gran parte del éxito de la cirugía depende de la selección correcta de la paciente y la realización meticulosa de la técnica quirúrgica (23) así mismo Rodríguez en 1996 reporta una tasa de éxito del 90.5% para la operación Pereyra y 89.3% para la técnica de Burch (21)

James Klutke en 1996 describe una suspensión transvaginal de cuello vesical al ligamento de Cooper, realizada en 10 pacientes las cuales manifestaron subjetivamente mejoría. De estas a 5 se les llevó un seguimiento urodinámico en donde 4 de ellas resultaron sin alteraciones y la restante mostrando incontinencia urinaria al esfuerzo, en un lapso de 18 meses posterior a la cirugía (24)

La operación Pereyra modificada ha sido utilizada por Jerry Blaivas en 1995 para el tratamiento de la Incontinencia Urinaria Recidivante en 49 pacientes a las que se les realizó una reconstrucción de lesiones vesicales o uretrales secundarias a cirugía y trauma obstétrico utilizando una banda del labio mayor "Martius" con el principio básico de Pereyra obteniendo resultados satisfactorios (25)

En 1995 Trockman realiza un análisis retrospectivo a 125 pacientes sometidas a la operación de Pereyra, en un seguimiento de 10 años observando un 51% de incontinencia urinaria al esfuerzo recidivante con o sin urgencia a largo plazo. (26)

Sirls presenta un estudio metodológico en el que compara la revisión retrospectiva y el porcentaje de curabilidad con la operación Pereyra en 151 pacientes, observando que el 47.1% fueron curadas y el 64% presentaron incontinencia urinaria; comparado con el 72% de curación y el 89% de recidiva en la revisión retrospectiva por lo que tanto el porcentaje de curación como el de recidiva es menor utilizando un estudio metodológico profundo. (27)

En 1994 Bergman compara 3 procedimientos quirúrgicos para la incontinencia urinaria al esfuerzo con un seguimiento de 5 años, estudiando 127 pacientes. Reporta un porcentaje de éxito del 37%, 82% y 43% para las técnicas Kelly, Burch y Pereyra respectivamente, así como el 26%, 7% y 22% de recidivas respectivamente. A los cinco años realizan la prueba de Q-tip en donde resulta negativa en un 30%, 91% y 46% para las técnicas Kelly, Burch y Pereyra respectivamente. Por lo que concluye que la técnica de Burch es superior para la corrección y permanencia (28)

En un estudio en 1991 reporta un porcentaje de cura del 77 al 90% con la operación de Pereyra, en contraste utilizando un cuestionario de análisis y usando la definición estricta de curación se reporta solo el 51% de éxito. Así mismo, es reportado el 47% de cura el 64% de mejoría subjetiva, el 26% sin modificaciones y el 10% con empeoramiento después de la operación de Pereyra en 106 pacientes. (29)

Karram en 1992 reporta una revisión clínica y urodinámica para valorar a la operación Pereyra obteniendo que el 82% de las pacientes presentaron una curación subjetiva, mientras que solo el 66% fueron objetivamente curados (30)

Un análisis clínico sintomático de 145 pacientes sometidas a la operación de Pereyra reporta al 51% de las pacientes sin incontinencia de estrés y el 76% de ellas con un mejor control urinario o mucho mejor al tiempo del seguimiento. Sin embargo los síntomas de persistencia o urgencia de novo postoperatoria fueron altamente asociados con incontinencia postoperatoria. Mostrando un 23% de pacientes con incontinencia recurrente después de dos años (31)

En el estudio preoperatorio de los pacientes cabe recalcar la presencia o ausencia de factores de riesgo para una recaída (inestabilidad del detrusor, presión uretral baja, fibrosis en la uretra, prueba del Q-Tip negativo e incontinencia neurogénica). Como lo demuestra Holschneider en un reporte de 54 pacientes sometidas a la operación de Pereyra con un seguimiento de 15 años en donde a los 36.3 meses el porcentaje de cura es del 81.6% en aquellas que no tienen factores de riesgo, comparado con el 43.8% en aquellos que si los tienen (32)

Complicaciones y morbilidad

La retención urinaria postquirúrgica hasta el momento sigue siendo el problema preponderante a vencer. Sin ser menos importantes las lesiones vesicales, rectales, infecciones y la recidiva.

La literatura reporta una frecuencia del 15 al 20% para la retención urinaria. (33) En comparación el reporte del Instituto Nacional de Perinatología en 1994 muestra un 26.4% para la operación Pereyra (22)

Kelly y colaboradores reportan que el 41% de 114 mujeres sometidas a la operación de Pereyra necesitaron cateterización intermitente postoperatoria (34)

Para el tratamiento y prevención de la retención urinaria postquirúrgica básicamente se refieren el drenaje vesical por dos vías, transuretral (con sonda Foley) o suprapúbico (Cistofix o Foley). Estudios recientes concluyen que el catéter suprapúbico es un procedimiento sencillo seguro y que ofrece ventajas con respecto al drenaje uretral, no solo en el orden puramente médico, sino también en el económico. (35)

Así mismo un estudio de 52 pacientes sometidas a operación Pereyra, separadas en dos grupos según el drenaje vesical utilizado concluye que el riesgo de recateterización fue significativamente mayor con el uso de la sonda endouretral (36)

La mayoría de los casos de retención urinaria se resuelve en un lapso de dos a tres semanas. Esta puede ser secundaria a la inflamación y edema inducido por la cirugía aunado a los efectos anestésicos y el dolor, los cuales inhiben el comportamiento urinario normal.

La retención prolongada ha sido notada en el 3.8% de las pacientes sometidas a la suspensión Pereyra

Las acciones de evitar la retención, incluyen la aplicación transoperatoria de un catéter suprapúbico, el cual de igual manera nos permitirá medir la orina residual. La simple aplicación de una sonda Foley es otra opción, sin embargo se asocia a incomodidad de la paciente, infección urinaria inducida por el catéter y espasmos vesicales (34)

Karram en 1991 reporta un porcentaje de cura del 77 al 90% con la operación de Pereyra, en contraste utilizando un cuestionario de análisis y usando la definición estricta de curación se reporta solo el 51% de éxito. Así mismo, es reportado el 47% de cura, el 64% de mejoría subjetiva, el 26% sin modificaciones y el 10% con empeoramiento después de la operación de Pereyra en 106 pacientes. (29)

Karram en 1992 reporta una revisión clínica y urodinámica para valorar a la operación Pereyra obteniendo que el 82% de las pacientes presentaron una curación subjetiva, mientras que solo el 66% fueron objetivamente curados (30)

Un análisis clínico sintomático de 145 pacientes sometidas a la operación de Pereyra reporta al 51% de las pacientes sin incontinencia de estrés y el 76% de ellas con un mejor control urinario o mucho mejor al tiempo del seguimiento. Sin embargo los síntomas de persistencia o urgencia de novo postoperatoria fueron altamente asociados con incontinencia postoperatoria. Mostrando un 23% de pacientes con incontinencia recurrente después de dos años (31)

En el estudio preoperatorio de los pacientes cabe recalcar la presencia o ausencia de factores de riesgo para una recaída (inestabilidad del detrusor, presión uretral baja, fibrosis en la uretra, prueba del Q-Tip negativo e incontinencia neurogénica) Como lo demuestra Holschneider en un reporte de 54 pacientes sometidas a la operación de Pereyra con un seguimiento de 15 años en donde a los 36.3 meses el porcentaje de cura es del 81.6% en aquellas que no tienen factores de riesgo, comparado con el 43.8% en aquellos que si los tienen (32)

Complicaciones y morbilidad

La retención urinaria postquirúrgica hasta el momento sigue siendo el problema preponderante a vencer. Sin ser menos importantes las lesiones vesicales, rectales, infecciones y la recidiva

La literatura reporta una frecuencia del 15 al 20% para la retención urinaria (33) En comparación el reporte del Instituto Nacional de Perinatología en 1994 muestra un 26.4% para la operación Pereyra (22)

Kelly y colaboradores reportan que el 41% de 114 mujeres sometidas a la operación de Pereyra necesitaron cateterización intermitente postoperatoria (34)

Para el tratamiento y prevención de la retención urinaria postquirúrgica básicamente se refieren el drenaje vesical por dos vías, transuretral (con sonda Foley) o suprapúbico (Cistofix o Foley). Estudios recientes concluyen que el cateter suprapúbico es un procedimiento sencillo seguro y que ofrece ventajas con respecto al drenaje uretral, no solo en el orden puramente médico, sino también en el económico. (35)

Así mismo un estudio de 52 pacientes sometidas a operación Pereyra, separadas en dos grupos según el drenaje vesical utilizado concluye que el riesgo de recateterización fue significativamente mayor con el uso de la sonda endouretral (36)

La mayoría de los casos de retención urinaria se resuelve en un lapso de dos a tres semanas. Esta puede ser secundaria a la inflamación y edema inducido por la cirugía aunado a los efectos anestésicos y el dolor, los cuales inhiben el comportamiento urinario normal

La retención prolongada ha sido notada en el 3.8% de las pacientes sometidas a la suspensión Pereyra

Las acciones de evitar la retención, incluyen la aplicación transoperatoria de un catéter suprapúbico, el cual de igual manera nos permitirá medir la orina residual. La simple aplicación de una sonda Foley es otra opción, sin embargo se asocia a incomodidad de la paciente, infección urinaria inducida por el catéter y espasmos vesicales (34)

Otra de las complicaciones reportadas secundarias al tipo de drenaje son

Expulsión espontánea del catéter, salida de orina alrededor del catéter, obstrucción del drenaje y hematuria (36)

La morbilidad de la cateterización suprapúbica reportada es una tasa de infección urinaria del 12% demostrando alta correlación entre el porcentaje de infección urinaria y la duración de la sonda. Recuperación de la función de vaciamiento en 7-8 días con una estancia intrahospitalaria promedio de 5-5 días; basado en la experiencia de 100 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria al esfuerzo sometidas a operación Pereyra utilizando drenaje urinario suprapúbico. (35)

La retención urinaria reportada por Ortiz Luna en 1995 secundaria a la operación Pereyra es el 34.35%. Su etiología es multifactorial, puede ser condicionada por la inflamación local, denervación periuretral y del cuello vesical así como al dolor postoperatorio o a la presencia de procesos infecciosos localizados. Además, el reflejo de micción puede ser inhibido por el uso de medicamentos que interfieren en el funcionamiento vesical. La dificultad de usar "el cómodo" en la posición horizontal, y la falta de privacidad de un cuarto de baño en el hospital, también puede contribuir en forma importante a la aparición de la complicación. (37)

La operación de Pereyra así como otras técnicas pueden agravar o provocar irritabilidad del detrusor en aquellas pacientes que no son debidamente seleccionadas. Tal es el reporte de Korman en el que el 10% presentó empeoramiento subjetivo de la función urinaria. Así como, irritación y obstrucción significativamente más graves en el postoperatorio (29)

La incidencia de complicaciones transoperatorias (sutura vesical, hemorragia) es del 7.4% (32)

Una serie de 210 pacientes reportada por Pereyra y Lebherz solo reporta un caso de lesión inadvertida a la vejiga por el material de sutura. (34)

La lesión de uretra es raramente reportada, y a sido en casos de cirugía anterior o cuando se realiza la disección en la línea media vaginal después. Cuando la lesión uretral es reconocida en el transoperatorio, el cierre primario inmediato se recomienda con un drenaje con catéter por largo tiempo. Se desconocen casos de fistula uretrovaginal secundarias a lesión uretral. (34)

Las lesiones nerviosas también son reportadas en las suspensiones transvaginales y estas pueden ser secundarias a la posición. En orden de frecuencia, el nervio peroneal, el femoral, safeno, obturador, ciático y el nervio tibial. La lesión del nervio peroneal se debe a la compresión sobre el hueso popliteo, manifestándose en la deambulación postoperatoria. Esto puede ser prevenido usando una toalla suave en las piernas metálicas.

Otra categoría de lesiones neurales es un aparente síndrome causado por la irritación de la fascia del recto anterior del abdomen secundario a las suturas de suspensión. Alteraciones sensoriales en las ramas ilioinguinal o genital del nervio medial genitofemoral pueden presentarse por lesiones en el área inguinal. El 8% de las pacientes presentan dolor postoperatorio con denervación vesical (34)

Las complicaciones inmediatas postquirúrgicas del 25.9% básicamente por procesos infecciosos. Complicaciones tardías, como urgencia urinaria e inestabilidad del detrusor de novo presentes en el 33.3%. (32)

La incontinencia urinaria inmediata se debe evaluar y diferenciar entre incontinencia urinaria persistente, incontinencia por rebosamiento, incontinencia causada por inestabilidad del detrusor, infección del tracto urinario y vaginitis. (34)

La incontinencia urinaria recidivante a la técnica de Pereyra es reportada desde un 9.4% (21) a un 23% (31)

La incontinencia urinaria persistente puede ser debida a un error en la técnica de suspensión. Por ejemplo, problemas técnicos son ocasionados por el material de sutura, sutura holgada o que corte los tejidos. (34)

La incontinencia por rebosamiento es una manifestación de retención iatrogénica (34)

La inestabilidad del detrusor de novo en 3.7% (21)

Inestabilidad vesical - los síntomas de urgencia y frecuencia pueden persistir o presentarse de novo Kelly reportó en su estudio de 114 pacientes que 67 de ellas presentaban urgencia urinaria preoperatoria y mejoraron Y que el 16% la presentó en el postquirúrgico, que después de estudiarla se integró inestabilidad del detrusor secundario a la cirugía

La lesión vesical en un 4.8%. (21)

El absceso de la pared lateral de la vagina en 1.3%. (21) Otras publicaciones reportan morbilidad infecciosa con un rango desde el 2 al 16%. Haciendo énfasis en los factores de riesgo como son pacientes previamente operadas, la obesidad, la diabetes y la pérdida sanguínea incrementada (34)

La osteoítis púbrica no es reportada como complicación sin embargo se debe tener presente para su prevención Con la cirugía de Marshall- Marchetti- Krantz se presenta desde un 0.9 a un 10%. (21) (34)

La retención urinaria crónica se ha reportado secundaria a la operación de Pereyra en algunos casos, secundaria a obstrucción del cuello vesical, en tal caso se recomienda el corte de una o las dos suturas de suspensión, a menudo conservando la continencia (34)

Kelly y colaboradores en un estudio multicéntrico de 145 pacientes reportan una incontinencia recidivante después de 2 años de la operación de Pereyra, del 23% sugiriendo que es secundaria al corte de los tejidos por el material de sutura (34)

Profilaxis de la incontinencia urinaria

La profilaxis de la incontinencia urinaria, tiene vigencia en la obstetricia y la cirugía ginecológica; el control prenatal durante el embarazo, permite orienta a la paciente para fortificar los músculos perineales, para así facilitar el periodo expulsivo durante el parto.

Es de capital importancia como etiología de la incontinencia urinaria al esfuerzo los siguientes antecedentes: partos mal atendidos, las distocias, partos gemelares, maniobras obstétricas, versiones internas, gran extracción, aplicación de fórceps con tomas altas, etc

Deberán efectuarse episiotomias amplias, medias cuando el periné lo permite o laterales impidiendo hasta donde sea posible, los desgarros vulvovaginales

Las episiorrafias deberán suturarse por planos, empleando material absorbible, evitando la isquemia

La utilización de métodos anestésicos adecuados permitirá una buena relajación e impedirá desgarros perineales (38)

Es de suma importancia evitar la practica de alguna técnica quirúrgica que pretenda corregir la incontinencia urinaria al esfuerzo, sin antes tener un diagnóstico preciso, ya que el proceso de cicatrización periuretral provocará una denervación y/o incapacidad de contención del esfínter uretral, complicando aun más la incontinencia y siendo prácticamente imposible su corrección

La inestabilidad del detrusor de novo en 3.7% (21)

Inestabilidad vesical - los síntomas de urgencia y frecuencia pueden persistir o presentarse de novo. Kelly reportó en su estudio de 114 pacientes que 67 de ellas presentaban urgencia urinaria preoperatoria y mejoraron. Y que el 16% la presentó en el postquirúrgico, que después de estudiarla se integró inestabilidad del detrusor secundario a la cirugía.

La lesión vesical en un 4.8%. (21)

El absceso de la pared lateral de la vagina en 1.3%. (21) Otras publicaciones reportan morbilidad infecciosa con un rango desde el 2 al 16%. Haciendo énfasis en los factores de riesgo como son pacientes previamente operadas, la obesidad, la diabetes y la pérdida sanguínea incrementada (34)

La osteoitis pùblica no es reportada como complicación sin embargo se debe tener presente para su prevención. *Con la cirugía de Marshall- Marchetti- Krantz se presenta desde un 0.9 a un 10% (21) (34)*

La retención urinaria crónica se ha reportado secundaria a la operación de Pereyra en algunos casos, secundaria a obstrucción del cuello vesical, en tal caso se recomienda el corte de una o las dos suturas de suspensión, a menudo conservando la continencia (34)

Kelly y colaboradores en un estudio multicéntrico de 145 pacientes reportan una incontinencia recidivante después de 2 años de la operación de Pereyra, del 23% sugiriendo que es secundaria al corte de los tejidos por el material de sutura (34)

Profilaxis de la incontinencia urinaria

La profilaxis de la incontinencia urinaria, tiene vigencia en la obstetricia y la cirugía ginecológica, el control prenatal durante el embarazo, permite orientar a la paciente para fortalecer los músculos perineales, para así facilitar el periodo expulsivo durante el parto.

Es de capital importancia como etiología de la incontinencia urinaria al esfuerzo los siguientes antecedentes: partos mal atendidos, las distocias, partos gemelares, maniobras obstétricas, versiones internas, gran extracción, aplicación de forceps con tomas altas, etc.

Deberán efectuarse episiotomias amplias, medias cuando el periné lo permite o laterales impidiendo hasta donde sea posible, los desgarros vulvovaginales.

Las episiorrafias deberán suturarse por planos, empleando material absorbible, evitando la isquemia.

La utilización de métodos anestésicos adecuados permitirá una buena relajación e impedirá desgarros perineales (38)

Es de suma importancia evitar la práctica de alguna técnica quirúrgica que pretenda corregir la incontinencia urinaria al esfuerzo, sin antes tener un diagnóstico preciso, ya que el proceso de cicatrización periuretral provocará una denervación y/o incapacidad de contención del esfínter uretral, complicando aun más la incontinencia y siendo prácticamente imposible su corrección.

Se deberá contar con una historia clínica completa, un diagnóstico preciso y evitar intervenciones quirúrgicas inadecuadas

Medidas generales - No se deberá intervenir durante el periodo menstrual, puesto que hay un aumento en la vascularidad pélvica, así como ser un factor de riesgo para la endometriosis. En caso del uso de anticonceptivos hormonales deberán suspenderse por lo menos, 6 semanas antes del tratamiento quirúrgico, disminuyendo de esta manera, los fenómenos tromboembólicos. (39) (40)

La anestesia - Se tomará en cuenta: valoración cardiopulmonar, tipo de cirugía seleccionada (procedimientos concomitantes), antecedentes de hipersensibilidad, lesiones hepáticas, intervenciones quirúrgicas recientes, sin olvidar las toxicomanías y farmacodependencia. (41) (42)

Infecciones - Examen general de orina y urocultivo negativos, en caso de vulvovaginitis y/o cervicitis deberá indicarse el tratamiento previo de acuerdo a la etiología. (43) (44)

La desinfección vaginal y del cérvix es limitada, por ello son frecuentes las infecciones de la colpografía y de las vías urinarias. La morbilidad infecciosa y febril puede reducirse con desinfección cuidadosa, cirugía poco traumática, empleo de material sintético absorbible y acortamiento del drenaje vesical. (45)

Un factor importante es un adecuado trofismo epitelial, para lo cual da buenos resultados, la aplicación local de estrógenos y queratoplásticos (38) (45)

Entre los 45 a 50 años hay una disminución de estrógenos, empezando la hipotrofia vaginal, se debilita su mucosa y epitelio estando más expuesta a traumatismos y a enfermedades infecciosas. Es en este estadio de debilidad de mucosas, cuando por un esfuerzo, aunado a lesiones preexistentes, se producen: rectocele, cistocele y algún grado de descenso uterino con la incontinencia de orina que pudiese aparecer o agravarse.

Al hacer un tratamiento quirúrgico en estos padecimientos, cuando se trata de mujeres que están en la perimenopausia, la terapéutica es de estrógenos conjugados locales antes y después de la operación, cuando se trata de mujeres menopáusicas y seniles se emplea la terapéutica de estrógenos locales y orales, esta terapéutica es para reforzar la mucosa y el epitelio vaginal y poder así efectuar una intervención fácil y en corto tiempo. Además de que favorece la cicatrización y acorta el tiempo de recuperación de los tejidos. (46)

Los estrógenos tienen efecto sobre la piel y las mucosas, haciendo que tomen una textura especial, blanda húmeda y más gruesa, favoreciendo la vascularización, así como aumentando la temperatura y el sangrado cuando se inciden (46)

La vagina en la postmenopausia se vuelve lisa, estrecha, dura y se acortona. El pH se vuelve neutro o alcalino y la pared vaginal vira a color gris blanquecino. El proceso de hipotrofia puede originar una estenosis, el orificio uretral se desplaza lentamente hacia en interior de la vagina. La disminución en la irrigación vuelve al epitelio más delgado y presenta menos exudación; el estrechamiento puede presentarse en la parte posterior o afectar toda la vagina. Mediante la aplicación local de pomadas estrogénicas en forma de tapones, es posible mejorar la circulación sanguínea, aumentar la elasticidad y evitar la retracción.

La tendencia a aminorar el tiempo de curación en heridas vaginales con los estrógenos ha sido demostrada experimentalmente. Las heridas vaginales por operaciones no cursan por lo general muy bien, de forma que antes o después de estas intervenciones es necesario efectuar un tratamiento con estrógenos. (46)

Ejercicios de Kegel.-

Pueden ser capaces de curar la incontinencia urinaria al esfuerzo, logrando el reforzamiento de los músculos perineales y reeducar sus características funcionales (39)

Son útiles en el pre y postoperatorio, ayudando a mejorar los resultados (47)

La palpación del músculo pubococcigeo se hace con un dedo en la parte inferior de las paredes laterales de la vagina, con el perineómetro de Kegel estas contracciones raramente exceden de 10 mm Hg

La paciente debe hacer de 10 a 20 contracciones cada hora, durante todo el día, de preferencia durante las mañanas, ya que el músculo pubococcigeo no ha tenido funciones de sostén durante toda la noche (48)

La paciente debe interrumpir la emisión del chorro de la orina varias veces, teniendo los muslos bien separados, en ésta posición utilizará los músculos a nivel del cuello vesical y no los externos.

Los ejercicios correctos elevarán el piso de periné, se alargará la vagina, corroborándose resultados positivos por la palpación al contraerse (44)

Se le explicará detalladamente a la paciente, la índole de su padecimiento, la intervención quirúrgica, así como los probables resultados (44)

TÉCNICA QUIRÚRGICA

El Doctor Armando José Pereyra, en 1948, diseñó un ingenioso instrumento que hace posible realizar la suspensión del cuello vesical en forma simple y rápida. Consiste en un largo trócar que se dobla en ángulo muy tenue cerca de su extremo activo el cual tiene punta cortante y está perforado transversalmente. El codo del instrumento, está perforado para permitir que sobresalga un mandril que también tiene una perforación (Figura 1)

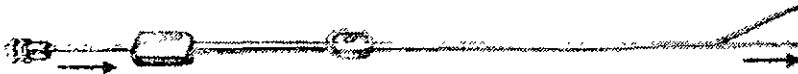


Fig. 1 Trocar de Pereyra

Se insertaba una larga asa de alambre del calibre 30 en el trocar y se hacía pasar desde ambos lados de la uretra, por el retropubis, hasta la pared abdominal. Tirando de los alambres es posible subir la pared vesical y la unión uretrovesical (Figura 2)

Desafortunadamente, los alambres tendían a cortar los tejidos. El método es ciego, con peligro de perforar la uretra o la vejiga, y por ello cayó en el olvido (49)

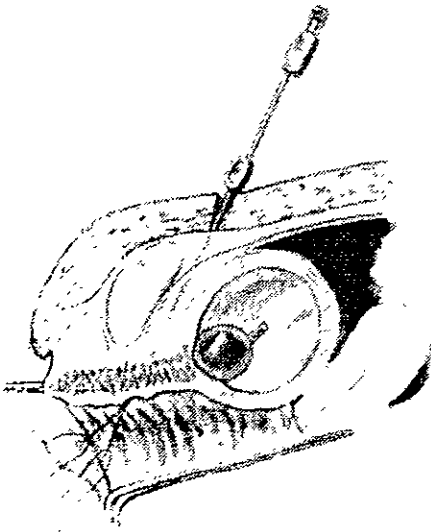


Fig. 2 fijación del alambre con el Trocar

En 1959, El Dr. Pereyra hace la siguiente innovación, haciendo mejor y más simple el procedimiento, introduciendo el soporte con suturas y realizando una colpotomía anterior en la línea media para exponer mejor el ángulo uretrovesical. (50) Así como substituir su trócar primitivo por un pasa hilos que tiene una porción retráctil.

En 1977 publicó un panfleto describiendo "El Método Revisado de Pereyra" en el cual describe la técnica, sobre la cual hasta la fecha sigue habiendo modificaciones. Pero debe reconocerse que el Dr. Pereyra tiene el mérito indudable de haberlo iniciado, las otras técnicas, son variantes o perfeccionamiento de su método primitivo, incluyendo su procedimiento modificado

Describiremos dicho procedimiento y las pequeñas variantes realizadas en el Hospital de la Mujer, de la Secretaría de Salud, en la ciudad de México. Y en el próximo capítulo haremos mención de algunas de las variantes encontradas en la literatura, sin pretender que el presente estudio se convierta en un atlas quirúrgico

El procedimiento de Pereyra requiere de un abordaje tanto abdominal como vaginal, las medidas preoperatorias ya han sido descritas (50)

La paciente en posición de litotomía modificada, como la usada en la laparoscopia ginecológica, también llamada de Talla modificada, los miembros inferiores en semiflexión y separados, la mesa con inclinación de Trendelenburg de 30° (49)

El campo operatorio se limita en tal forma que se tenga acceso simultáneamente a la región vulvoperineal y a la parte baja del abdomen (49)

Se introduce una sonda Foley y se infla el globo, para que con una ligera tracción de identifique la unión uretrovesical.

Hay quién prefiere iniciar con la incisión abdominal (49) y otros con la colpotomía anterior (50), sin embargo, como así se realiza en el Hospital de la Mujer, en la mayoría de los casos, iniciare describiendo la colpotomía anterior

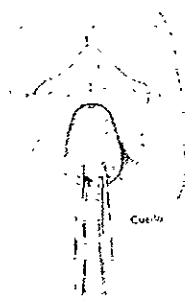


Fig 3 Exposición de la pared vaginal anterior

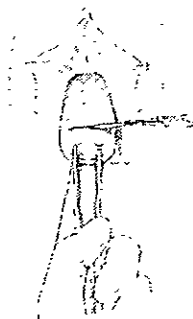


Fig 4 Incisión inicial

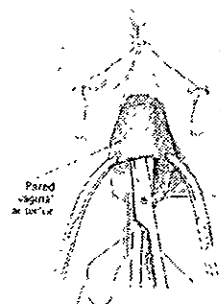


Fig 5 Disección subperitonal con tijera

Se realiza una incisión clásica, en la línea media de la pared vaginal anterior, para exponer la unión uretrovesical. (50) La incisión realizada, en mayor proporción, en el Hospital de la mujer, es la "T" invertida (Figuras. 3 u 7) y en los menos de los casos, la modificación descrita por el Doctor Raz, (50) (49) una "U" invertida; en ambos casos con el objetivo de tener una mejor visualización de la unión uretrovesical. (Figura. 8)

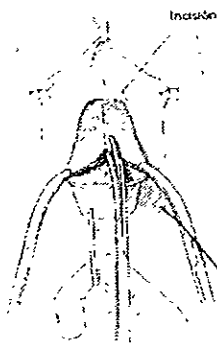


Fig 6 Colpotomía anterior con tijera

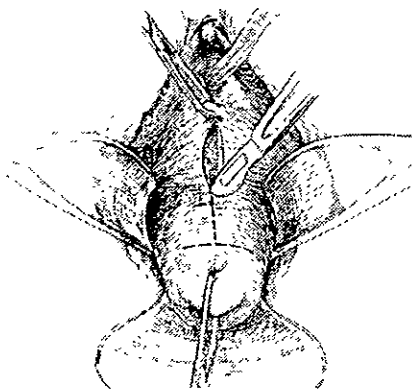


Fig 7 Colpotomía anterior en "T" invertida con bisturí

La mucosa vaginal se disecciona lateralmente (*Figura 9*) y con ayuda del dedo índice se identifica el ángulo uretrovesical, en el cual lateralmente, se disecciona a través del espacio de Retzius (*Figura 10*), sobre el retropubis, pudiendo llegar hasta la cara posterior de la pared abdominal anterior (*Figura 11*) (50)

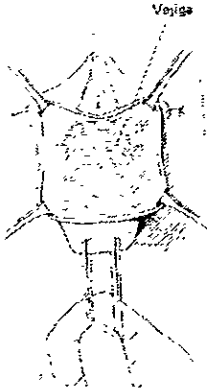


Fig. 8 Exposición de la unión uretrovesical

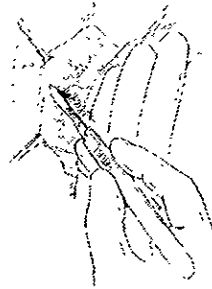


Fig. 9 Disección fina con bisturí

Un punto helicoidal, de tres o cuatro vueltas, con sutura de polypropylene del 0, ("Prolene", hilo de caña de pescar o Nylon") se aplica en el piso del ligamento pubouretral y en el piso del diafragma urogenital, cerca de la unión uretrovesical. El lado opuesto se trata de la misma manera. (*Figura 12*) (50)

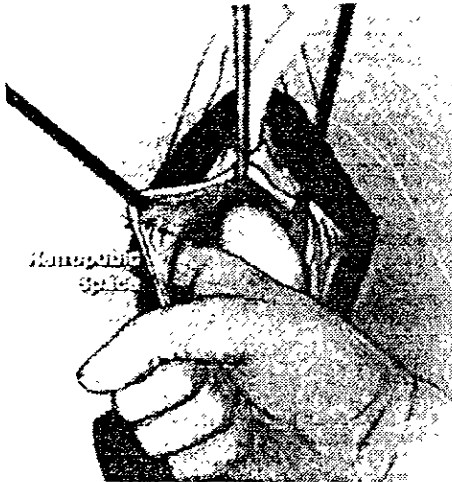


Fig. 10 Identificación digital del espacio de Retzius

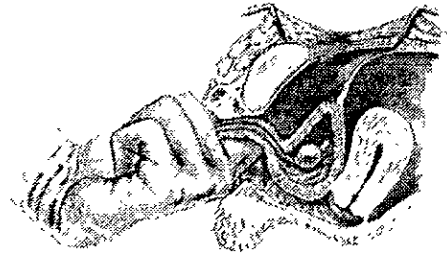


Fig. 11 Disección parauretral del espacio de Retzius hasta la cara posterior de la pared abdominal anterior

Se incide transversalmente, 3-4 cm, sobre el borde superior de la sínfisis del pubis, (50) disecando el tejido celular subcutáneo hasta identificar la fascia anterior de los rectos anteriores del abdomen y los piramidales (Figura 13) (49)

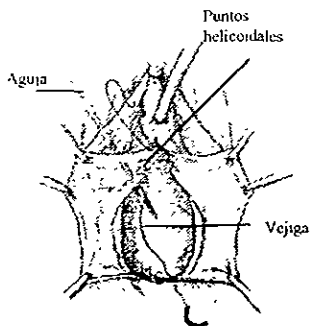


Fig 12 Aplicación de los puntos helicoidales

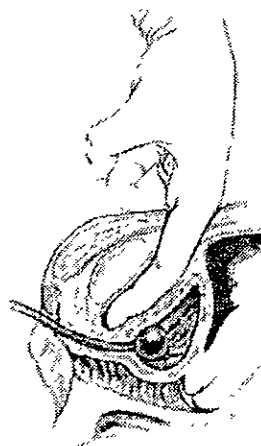


Fig 13 Incisión suprapúbica y disección del espacio de Retzius

Se empuja la aguja de Pereyra a través de la pared abdominal a nivel de la sínfisis. El dedo del cirujano guía la punta de la aguja por el espacio de Retzius, parauretralmente, hasta la incisión vaginal. (Figuras 14 y 15) (50)

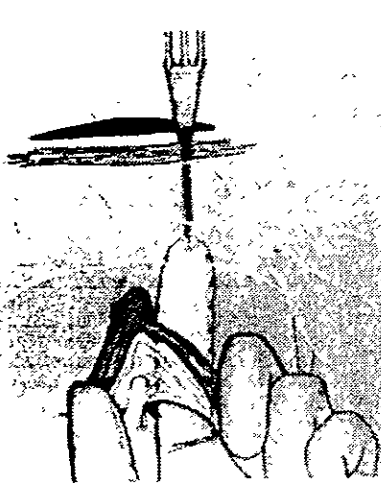


Fig 14 Introducción de la aguja de Pereyra



Fig 15 Guiar la punta de la aguja con el dedo del cirujano, para prevenir lesiones uretrovesicales

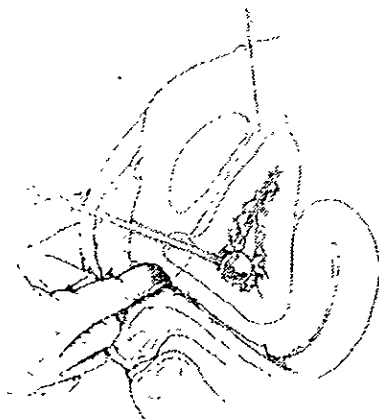


Fig. 16 Se engarzan las suturas en la aguja

La suturas se engarzan en la ojiva de la aguja y se pasan a la pared abdominal. Se repite el procedimiento en el lado contrario. Se fijan los cabos con pinzas de Kelly (Figura 16) (50) (49)

Se procede a realizar la colporrafia, dependiendo del tipo de incisión, se cortará el tejido redundante y se afrontará con material absorbible (50) Se puede aprovechar para elevar la vejiga, dependiendo el grado de cistocele, ya sea con plicatura o con puntos en jareta

Es importante hacer notar que se debe realizar la colporrafia antes de corregir el ángulo uretrovesical y anudar los extremos de las suturas, ya que de lo contrario, la pared vaginal anterior ascenderá de tal forma que será muy difícil y en ocasiones prácticamente imposible realizar la colporrafia (50)

Algunos autores refieren la utilización de un cistoscópio para verificar la integridad de la vejiga, así como observar la corrección del ángulo. En caso de que la sutura lesionara la vejiga, se debe retirar la misma y colocarla correctamente, sin esperar complicación alguna. (50)

El uso del cistoscópio es perfectamente reemplazable para algunos autores, (49) así como para nosotros, por un Q-Tip.

Se extrae el catéter de Foley y en su lugar se introduce un hisopo de madera con su mota de algodón bien apretada e impregnada de jalea lubricante (Figura 17). Se tiran los cabos del Prolene observando como el extremo visible exterior del hisopo se inclina hacia abajo a medida que se eleva la unión uretrovesical. (Figura 18)

Cuando el exterior del hisopo queda horizontal o ligeramente inclinado en dirección descendente (unos diez grados), se procede a anudar sin dejar de observar el hisopo. Terminados los nudos en ambos lados, se unen los cabos sueltos con múltiples nudos, ya que este material es muy liso y tiende a correrse.

Se verifica la hemostasia de la grasa subcutánea y se afronta la piel en forma habitual (49)

Se vuelve a colocar la sonda Foley y se indican antibacterianos urinarios (49)

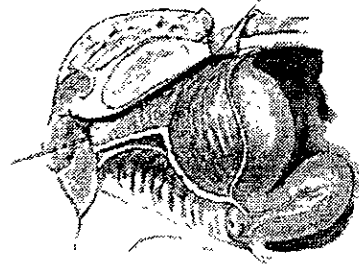
Como se ha revisado anteriormente, el drenaje vesical también se puede llevar a cabo por medio de un catéter suprapúbico

Sin embargo, como se vera en los resultados, en el Hospital de la Mujer, solo se aplica en caso de retención urinaria persistente



Fig. 17 Colocación del Q-Tip

Fig. 18 Se traccionan los cabos de la sutura hasta la corrección del ángulo (aprox 10° en dirección descendente)



Cuidados transoperatorios

Sondeo vesical.- La mayoría de los cirujanos están de acuerdo que debe operarse con la vejiga vacía, puesto que la pared vesical es más gruesa y resistente al trauma, mientras que un órgano lleno y delgado facilita la lesión. Se recomienda el drenaje intermitente. Hodary y Hodgkinson comprobaron que el 90% de las pacientes que se les coloca sonda vesical, durante más de 72 horas, presentan infecciones urinarias y que la incidencia de bacteriuria en pacientes con sondaje repetido fue todavía mayor. (51)

Aunque se desaprueba el uso rutinario de los quimioterápicos en el postoperatorio, creemos que mientras este colocada la sonda, es aconsejable la administración de nitrofurantoina, a dosis de 100 mg 3 veces al día. (50)

La hemostasia.- La disección fina y meticulosa así como el tiempo quirúrgico deben tener preponderancia durante el procedimiento. En caso necesario se dejara drenaje (Penrose) y evitar hematomas.

La cirugía del espacio retropúbico, se ha considerado siempre maldita por el miedo a la formación de hematomas. En la opinión del Dr. Bonney, ese riesgo se ha exagerado y no es necesario dejar drenaje a menos que halla evidencia de rezumamiento de importancia. Cuando esto ocurre, la sonda de Redivac es ideal. (50)

El material de sutura, así como el instrumental debe ser el adecuado.

Protección Vesical.- El peligro del traumatismo directo de la vejiga por el paso de la aguja se reduce al mínimo al desplazar la vejiga hacia atrás, separándola de la cara posterior del pubis, cuando se pasa el dedo índice al espacio de Retzius desde la fosa parauretral y pasando la aguja tan pegado como sea posible a la parte posterior del pubis.

Hay que recordar, que aunque rara es la periostitis y ostiomielitis retropúbica, después de cualquier tipo de operación en el espacio retropúbico, si persiste la fiebre y los dolores y molestias suprapúbicas, habrá que descartar ésta ante la presencia de leucocitosis y signos radiológicos que un experto será capaz de aportar pruebas demostrativas si se le pide concretamente. El tratamiento es conservador y con antibióticos. (50)

Se recomienda separar los tiempos; abdominal y vaginal, o en su defecto realizar cambio de guantes y no utilizar el material indistintamente.

Cuidados postoperatorios.

Generalmente se mantiene cateterismo vesical por 5 días, los tres primeros con drenaje libre y los otros dos se mantiene cerrada, habriéndose cada 3 horas para favorecer la gimnasia vesical y la instalación del arco reflejo, posteriormente se permite la micción espontánea y se mide la orina residual, si es mayor de 100 cc, se debe reinstalar la sonda por 48 horas más. En caso de elegir el drenaje suprapúbico la orina residual no debe exceder a 50 cc. (52) (53) (54)

Se recomienda el uso de antiséptico urinario y en caso necesario de antibacteriano. (41) (42)

No se debe olvidar, en aquellas pacientes que aunque sea mínimo el riesgo tromboembólico, el vendaje de los miembros pélvicos y la deambulación temprana. (55) (44)

Cuidados transoperatorios

Sondeo vesical.- La mayoría de los cirujanos están de acuerdo que debe operarse con la vejiga vacía, puesto que la pared vesical es más gruesa y resistente al trauma, mientras que un órgano lleno y delgado facilita la lesión. Se recomienda el drenaje intermitente. Hodary y Hodgkinson comprobaron que el 90% de las pacientes que se les coloca sonda vesical, durante más de 72 horas, presentan infecciones urinarias y que la incidencia de bacteriuria en pacientes con sondaje repetido fue todavía mayor. (51)

Aunque se desaprueba el uso rutinario de los quimioterápicos en el postoperatorio, creemos que mientras este colocada la sonda, es aconsejable la administración de nitrofurantoina, a dosis de 100 mg 3 veces al día (50)

La hemostasia.- La disección fina y meticulosa así como el tiempo quirúrgico deben tener preponderancia durante el procedimiento. En caso necesario se dejara drenaje (Penrose) y evitar hematomas

La cirugía del espacio retropúbico, se ha considerado siempre maldita por el miedo a la formación de hematomas. En la opinión del Dr. Bonney, ese riesgo se ha exagerado y no es necesario dejar drenaje a menos que halla evidencia de rezumamiento de importancia. Cuando esto ocurre, la sonda de Redivac es ideal (50)

El material de sutura, así como el instrumental debe ser el adecuado.

Protección Vesical.- El peligro del traumatismo directo de la vejiga por el paso de la aguja se reduce al mínimo al desplazar la vejiga hacia atrás, separándola de la cara posterior del pubis, cuando se pasa el dedo índice al espacio de Retzius desde la fosa parauretral y pasando la aguja tan pegado como sea posible a la parte posterior del pubis

Hay que recordar, que aunque rara es la periostitis y ostiomielitis retropúbica, después de cualquier tipo de operación en el espacio retropúbico, si persiste la fiebre y los dolores y molestias suprapúbicas, habrá que descartar ésta ante la presencia de leucocitosis y signos radiológicos que un experto será capaz de aportar pruebas demostrativas si se le pide concretamente. El tratamiento es conservador y con antibióticos. (50)

Se recomienda separar los tiempos; abdominal y vaginal, o en su defecto realizar cambio de guantes y no utilizar el material indistintamente.

Cuidados postoperatorios.

Generalmente se mantiene cateterismo vesical por 5 días, los tres primeros con drenaje libre y los otros dos se mantiene cerrada, habiéndose cada 3 horas para favorecer la gimnasia vesical y la instalación del arco reflejo, posteriormente se permite la micción espontánea y se mide la orina residual, si es mayor de 100 cc, se debe reinstalar la sonda por 48 horas más. En caso de elegir el drenaje suprapúbico la orina residual no debe exceder a 50 cc (52) (53) (54)

Se recomienda el uso de antiséptico urinario y en caso necesario de antibacteriano (41) (42)

No se debe olvidar, en aquellas pacientes que aunque sea mínimo el riesgo tromboembólico, el vendaje de los miembros pélvicos y la deambulación temprana (55) (44)

Modificaciones a la técnica de Pereyra

Todos los procedimientos utilizan alguna forma de soporte (cabestrillo) para elevar la unión uretrovesical

Los materiales más comúnmente utilizados son la fascia lata, la aponeurosis de la pared abdominal, materiales artificiales como son cinta de Mersilene o Gore-Tex.

Son reservados para aquellas pacientes en las que ya ha fallado una o más de las técnicas convencionales para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo

Estos procedimientos son técnicamente más difíciles que el descrito porque la importancia recae en la tensión que se le aplique al cabestrillo. Si la tensión es débil se vuelve inútil el procedimiento. Si es demasiado tensa puede ocasionar retención urinaria, o aún peor, se puede seccionar la uretra o el cuello vesical.

En el postoperatorio se requerirá de cateterización vesical intermitente por intervalos muy variables de tiempo

Se describirán algunas técnicas de manera simplista, haciendo resaltar la modificación objetiva, sin olvidar que todas ellas se basan en lo descrito por el Doctor Pereyra (56)

Los Doctores Goebell, Frangenheim y Stoeckel, describieron independientemente en la segunda década del siglo XX, la suspensión del ángulo uretrovesical, con una tira longitudinal de fascia del recto anterior del abdomen. (Figuras A y B)

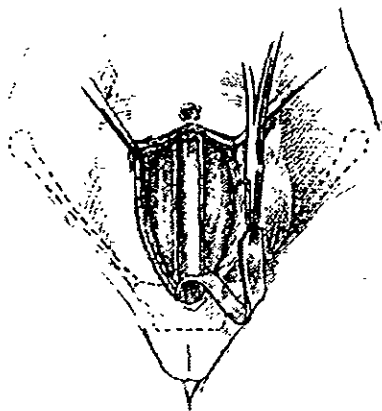
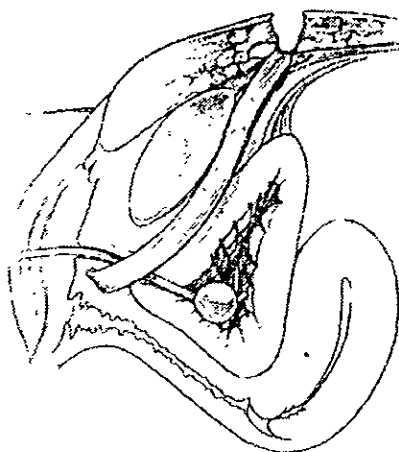


Fig. A Modificación por
Goebell, Frangenheim y Stoeckel

Fig. B Goebell, Frangenheim y Stoeckel



El Doctor Aldridge en 1942 describió su modificación En su técnica utilizó dos tiras transversales de aponurosis de la pared abdominal anterior. (Figura C y D)

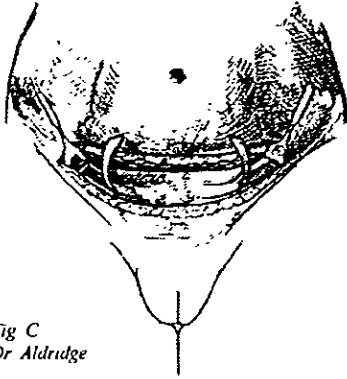


Fig C
Dr Aldridge

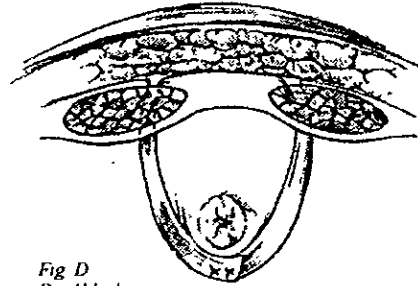


Fig D
Dr. Aldridge

Los procedimientos de cabestrillo con fascia lata o cinta de Gore-Tex y Mersilene, de igual manera tuvieron su uso (Figura E y F)

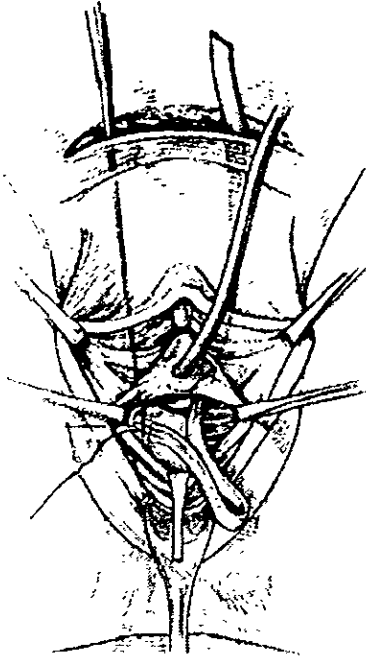


Fig E
Cinta de Gore-Tex

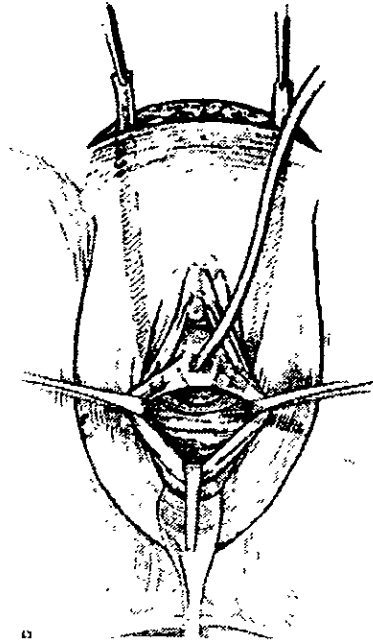


Fig. F
Cinta de Mersilene

El Dr. Stamey en 1980-1981 utiliza un soporte con tubo de dacrón. *(Figura G)*

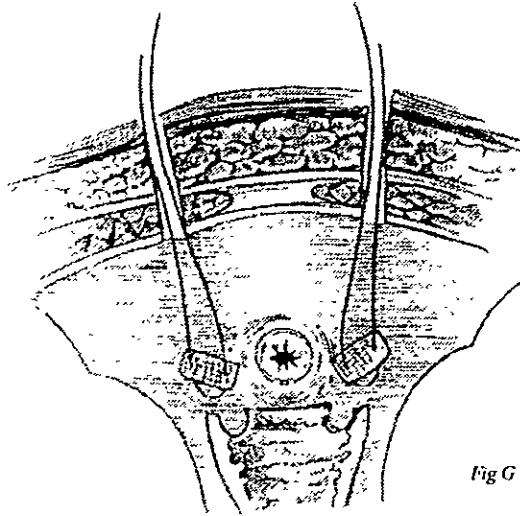


Fig G Dr Stamey

Gittes en 1985 sugiere que el ángulo uretrovesical puede ser suspendido adecuadamente por el paso de una aguja directamente a través de la mucosa vaginal, a nivel del cuello vesical. *(Figura H e I)*

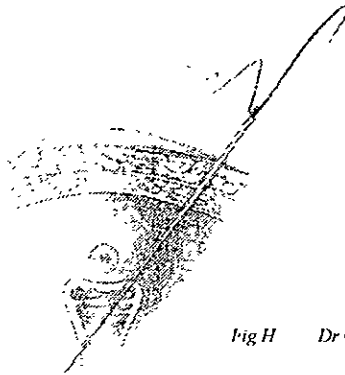


Fig H Dr Gittes

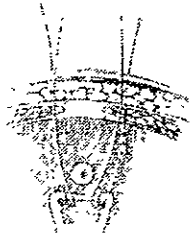


Fig I Dr Gittes

En 1994 el Dr. Benderev publica un sistema de suspensión del cuello vesical percutáneo en el cual fija dos bandas largas directamente sobre el periostio del pubis. (Figuras J y K) (57)

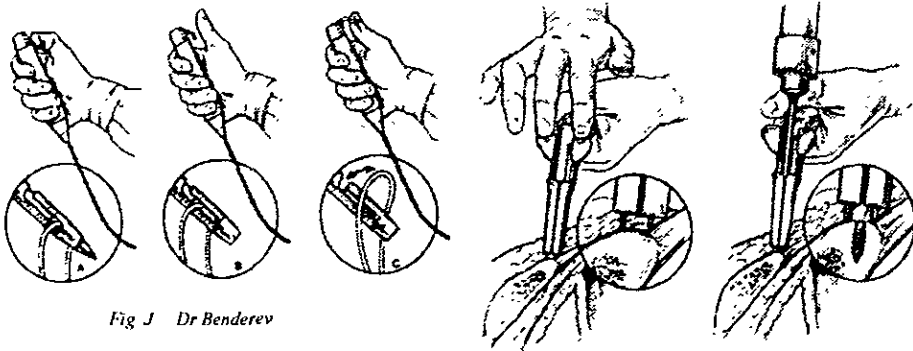


Fig J Dr Benderev

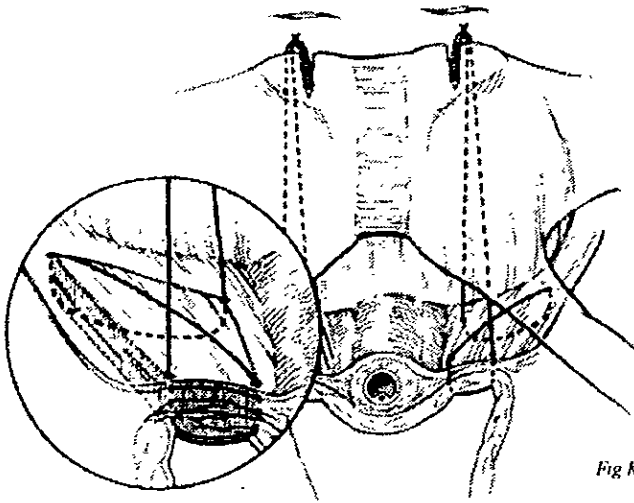


Fig K Dr Benderev

En resumen la cirugía uroginecológica ha tenido muchos cambios pero pequeños. Por lo que para que una "nueva" técnica refine los procedimientos empleados hasta ahora, deberemos conocer a un más la neurofisiología de la micción.

Tal parece que los procedimientos como la microcirugía, la laparoscopia operatoria y la histeroscopia han revolucionado la técnica quirúrgica pero aun no con los resultados deseados.

Esta nueva técnica es nuestro futuro. La historia de los aciertos y las fallas espera ser escrita en un nuevo libro, en el siguiente siglo (34) (49) (50)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La incontinencia urinaria al esfuerzo recidivante se presenta en bajo porcentaje con la operación de Pereyra?

HIPÓTESIS

La operación descrita por el Dr. Pereyra para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo en la mujer, con la técnica realizada en el Hospital de la Mujer, de la Secretaria de Salud, tiene menor porcentaje de recidiva.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La incontinencia urinaria al esfuerzo recidivante se presenta en bajo porcentaje con la operación de Pereyra?

HIPÓTESIS

La operación descrita por el Dr. Pereyra para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo en la mujer, con la técnica realizada en el Hospital de la Mujer, de la Secretaría de Salud, tiene menor porcentaje de recidiva.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La incontinencia urinaria al esfuerzo recidivante se presenta en bajo porcentaje con la operación de Pereyra?

HIPÓTESIS

La operación descrita por el Dr. Pereyra para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo en la mujer, con la técnica realizada en el Hospital de la Mujer, de la Secretaria de Salud, tiene menor porcentaje de recidiva.

OBJETIVOS

Demostrar que el porcentaje de la incontinencia urinaria al esfuerzo recidivante con la operación de Pereyra es bajo.

Conocer la morbilidad en la operación de Pereyra cuando es empleada de primera intención para el tratamiento de la *incontinencia urinaria al esfuerzo*.

Demostrar la necesidad de la creación de la Clínica "Urología Ginecológica" en el Hospital de la Mujer

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Expedientes clínicos de las pacientes que se les practicó la operación Pereyra de primera intención en los últimos 5 años (1993 – 1997), para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO

Esta conformado por los expedientes de las pacientes a las que se les practicó la operación Pereyra para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo, DE PRIMERA INTENCIÓN, en el Hospital de la Mujer, de la Secretaria de Salud, que cuenten con exámenes de laboratorio y gabinete básicos, sin limite de edad y que por lo menos acudieron en una ocasión a consulta subsecuente a la cirugía.

UNIVERSO DE TRABAJO

Expedientes clínicos de las pacientes que se les practicó la operación Pereyra de primera intención en los últimos 5 años (1993 – 1997), para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO

Esta conformado por los expedientes de las pacientes a las que se les practicó la operación Pereyra para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo, DE PRIMERA INTENCIÓN, en el Hospital de la Mujer, de la Secretaria de Salud, que cuenten con exámenes de laboratorio y gabinete básicos, sin limite de edad y que por lo menos acudieron en una ocasión a consulta subsecuente a la cirugía.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes a las que se les practicó la operación Pereyra de primera intención
Sin límite de edad.
Que cuenten con exámenes de laboratorio y gabinete básicos
Que cuenten con visita a la consulta externa subsecuente a la intervención quirúrgica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con antecedentes de cirugía previa para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes a las que se les practicó la operación Pereyra de primera intención
Sin límite de edad.
Que cuenten con exámenes de laboratorio y gabinete básicos
Que cuenten con visita a la consulta externa subsecuente a la intervención quirúrgica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con antecedentes de cirugía previa para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo

VARIABLES

- Edad
- Paridad
- Antecedentes de cirugía previa (no ginecológica)
- Antecedentes de cirugía ginecológica previa
- Tratamiento previo a la cirugía
- Estudios de Urodinámia empleados
- Diagnóstico clínico de cistocele
- Técnica quirúrgica empleada (cirugias concomitantes)
- Técnica anestésica empleada
- Tiempo quirúrgico estimado
- Cantidad de sangrado estimado
- Morbilidad
- Uso de antimicrobiano
- Uso de antiséptico urinario
- Días de estancia intrahospitalaria

AMBIENTE GEOGRÁFICO EN EL QUE SE DESARROLLA EL TRABAJO

Expedientes clínicos del archivo del Hospital de la Mujer de la
Secretaría de Salud.

Prolongación Salvador Díaz Mirón 314 Col. Santo Tomas
Delegación Miguel Hidalgo
C.P. 11300 México Distrito Federal

VARIABLES

- Edad
- Paridad
- Antecedentes de cirugía previa (no ginecológica)
- Antecedentes de cirugía ginecológica previa
- Tratamiento previo a la cirugía
- Estudios de Urodinámia empleados
- Diagnóstico clínico de cistocele
- Técnica quirúrgica empleada (cirugias concomitantes)
- Técnica anestésica empleada
- Tiempo quirúrgico estimado
- Cantidad de sangrado estimado
- Morbilidad
- Uso de antimicrobiano
- Uso de antiséptico urinario
- Días de estancia intrahospitalaria

AMBIENTE GEOGRÁFICO EN EL QUE SE DESARROLLA EL TRABAJO

Expedientes clínicos del archivo del Hospital de la Mujer de la
Secretaría de Salud.
Prolongación Salvador Días Mirón 314 Col. Santo Tomas
Delegación Miguel Hidalgo
C.P. 11300 México Distrito Federal

RECURSOS HUMANOS

1. Un investigador.
2. Un asesor
3. Personal del departamento de estadística
4. Personal del archivo clínico

RECURSOS MATERIALES

Expedientes clínicos de las pacientes operadas por incontinencia urinaria al esfuerzo con la técnica Pereyra, de primera intención.

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Recursos propios del investigador

RECURSOS HUMANOS

1. Un investigador.
2. Un asesor
3. Personal del departamento de estadística
4. Personal del archivo clínico

RECURSOS MATERIALES

Expedientes clínicos de las pacientes operadas por incontinencia urinaria al esfuerzo con la técnica Pereyra, de primera intención.

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Recursos propios del investigador

RECURSOS HUMANOS

1. Un investigador.
2. Un asesor
3. Personal del departamento de estadística
4. Personal del archivo clínico

RECURSOS MATERIALES

Expedientes clínicos de las pacientes operadas por incontinencia urinaria al esfuerzo con la técnica Pereyra, de primera intención.

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Recursos propios del investigador

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para este estudio se revisaron un total de 896 expedientes de pacientes que fueron operadas con el diagnóstico de incontinencia urinaria al esfuerzo en un lapso de 5 años (1993-1997), de los cuales a 120 se les realizó la operación de Pereyra y de estas se incluyeron para este análisis 107 expedientes en las que la cirugía se realizó de primera intención

El rango de edad osciló entre 26 y 68 años, predominando los grupos etarios de 46 a 50 y de 36 a 40, correspondiendo al 26.17% (28) y 25.23% (27) respectivamente. *(Gráfica 1)*

La paridad de las pacientes osciló desde nulípara hasta 26 partos, con una moda de 4 partos, correspondiendo al 17.76% (19) *(Gráfica 2)*

El 100% (107) de las pacientes acudió a la consulta por presentar incontinencia urinaria

El 45.79% (49) de las pacientes tenía antecedentes de cirugía ginecológica, de estas pacientes 22 con histerectomía total transabdominal, 15 con cesárea, 4 con histerectomía transvaginal; sin haber padecido incontinencia urinaria concomitante al descenso uterino, y 8 otras *(Gráfica 3)*

El 24.29% (26) con antecedente de cirugía no ginecológica *(Gráfica 3)*

En ningún expediente aparece connotada la indicación de tratamiento local o sistémico con estrógenos previo a la cirugía, sin embargo a menos del 1% (1 caso) se le indicó estrogenoterapia, local y sistémica por tratamiento de la Clínica de Climatérico.

Al 42% (45) se les indicó tratamiento prequirúrgico, 14 con antimicrobiano, 9 antiparasitario, 6 con antimicótico y 16 mixto, todos ellos por patología documentada en estudios prequirúrgicos *(Gráfica 4)*

Tan solo al 33.64% (36) se les realizó la uretrocistografía con cadena prequirúrgica, con un 52.77% (19) de éstas con incontinencia urinaria tipo I y el 47.22% (17) restante, tipo II *(Gráfica 5)*

Las pruebas de urodinámia se efectuó en el 0.93% (un solo caso). *(Gráfica 5)*

Dos expedientes tenían la anotación de haber realizado la prueba del Q-Tip (1.97%) *(Gráfica 5)*

Se diagnosticó clínicamente cistocele grado II en el 59.81% (64), grado I en el 14% (15), grado III en el 23.36% (25) y sin cistocele en tres pacientes (2.8%) *(Gráfica 6)*

En el 93.46% (100) se realizó la operación Pereyra con colpotomía anterior con incisión en "T" invertida y el 6.54% (7) restante se realizó con una incisión en "U" invertida (Raz) *(Gráfica 7)*

En el 71.96% (77) se realizó también colpoperinoplastia posterior. En el 3.74% (4) se realizó Oclusión Tubaria Bilateral por colpotomía posterior y en menos del 1% (1) Oclusión Tubaria Bilateral por minilaparotomía. En 3 casos más (2.8%) se realizaron concomitantemente otro tipo de cirugías, una excisión de pólipo y legrado endocervical, un legrado biopsia fraccionado y una hernioplastia umbilical. *(Gráfica 8)*

La técnica anestésica empleada fue el bloqueo epidural en el 99% (106) y general en el 1% (1) *(Gráfica 9)*

El tiempo quirúrgico observado en el 77.57% (83) fue de 61 a 90 minutos, el 21.5% (23) fue de 60 minutos o menos. Llamando la atención que en un caso el tiempo quirúrgico fue de 190 minutos por presentarse una hemorragia transquirúrgica secundaria a un desgarro de salpinge y ovario derecho al realizar la Oclusión Tubaría Bilateral por colpotomía posterior. (Gráfica 10)

El sangrado aproximado durante la cirugía, se calculó entre 100 y 199 cc en el 56% (60), entre 200 y 299 cc en el 23.36% (25), el 6.54% (7) se calculó menor de 100 cc. El restante 14% (15) de los casos se encontró un reporte mayor de 300 cc llamando la atención 4 de ellos en los que el volumen reportado fue de 600, 650, 700 y 800 cc todos ellos secundarios a complicaciones que se analizarán posteriormente.

La retención urinaria se presentó en 33.64% (36) de las pacientes, la duración de esta fue de una semana en 19 casos, de 8 a 14 días en 7 casos, de 15 a 30 días en 6 casos y mayor de un mes en 4 casos. El drenaje urinario postquirúrgico se llevó a cabo con sonda Foley en el 100% de los casos y únicamente se aplicaron 4 tallas suprapúbicas, una de ellas en la tercera semana de retención urinaria, permaneciendo esta por una semana más en la que se resolvió la misma, otra a los 14 días la cual permaneció un solo día por datos de seudoperitonitis, por lo que se reinstaló sonda Foley por 7 días más, una más durante 20 días aplicada el décimo día de la retención urinaria y la última de ellas aplicada a la semana de la cirugía permaneciendo solo 7 días por que la paciente se la retiró y se recolocó la sonda Foley 15 días más. (Gráfica 11)

La talla suprapúbica se utilizó en 4 (3.74%) casos y únicamente como medida terapéutica por la retención urinaria prolongada.

El 23.36% (25) de las pacientes presentaron alguna complicación, excluyendo la retención urinaria (que por su importancia se analizó en el párrafo anterior). El 14.95% (16) se debieron directamente a la operación Pereyra y el 8.41% (9) restante, a las cirugías concomitantes. (Gráfica 12)

La morbilidad que corresponde a la operación Pereyra fue:

En el 3.74% (4) la incontinencia urinaria recidivante. Presentándose a los 4 y 7 meses posteriores al tratamiento. Y los dos casos restantes al año; uno de ellos cuenta con Uretrocistografía con cadena con reporte de incontinencia urinaria tipo II. (Gráfica 12)

Tres pacientes presentaron dehiscencia de la colporrafia anterior. Correspondiendo a un 2.8% (3) (Gráfica 12)

En dos pacientes se reportan lesión de vejiga por punción de la aguja e hilo de suspensión, en ambas se advirtió la lesión por lo que se retiró la sutura y en una de ellas se cateterizó la vejiga con Foley durante dos semanas (Gráfica 12)

A una paciente se le realizó colpoperinoplastia anterior con plicatura suburetral Kelly-Kennedy por diagnóstico de urosepsis crónica y cistocele grado II al año posterior a la operación Pereyra. (Gráfica 12)

A otra paciente se le diagnosticó acortamiento y estenosis vaginal por lo que se sometió a plastia ampliadora vaginal a los 5 meses de la operación Pereyra (Gráfica 12)

Dos pacientes más con infección de vías urinarias crónicas. Una de ellas con incontinencia urinaria por proceso inflamatorio-infeccioso de un mes de evolución. Que corresponden al 1.86% (2) (Gráfica 12)

También se presentaron Dolor suprapúbico de leve a moderado durante un año, seroma de la herida suprapúbica y flebitis del miembro pélvico izquierdo. Correspondiendo al 0.93% (1) cada uno de ellos (Gráfica 12)

La morbilidad derivada de las cirugías concomitantes fueron:

Cuatro pacientes con hemorragia. Una paciente por heparinización profiláctica debido a alto riesgo tromboembólico, una por sangrado de ligamento pubovesical, otra por desgarro de la arteria cervical detectado a las cinco horas del postoperatorio y la más grave de ellas (800 cc) por desgarro de la salpinge y el ovario izquierdo (*Gráfica 12*)

La lesión rectal con cierre primario, hematoma del labio mayor secundario a la fijación del campo quirúrgico, punción de dura madre tratada con parche hidrónico, y dehiscencia de la colpografía posterior. Se presentaron en el 0.93% (1) cada uno de ellos. (*Gráfica 12*)

Por último a una paciente se le practicó minilaparotomía exploradora, al final de la operación Pereyra con Oclusión Tubaria Bilateral por colpografía posterior, secundaria a falta de una gasa en la cuenta final (sin encontrar la misma) (*Gráfica 12*)

La mortalidad encontrada en esta casuística fue de cero.

En el 98.13% (105) se indicó en el postquirúrgico inmediato algún tratamiento antibacteriano, de los cuales en el 79.44% (85) se indicó un antibiótico de amplio espectro, en el 10.28% (11) se eligió un antiséptico urinario y en el 8.41% (9) se manejó con doble esquema. Solo en el 1.87% (2) restante no se indicó. (*Gráfica 13*)

Las patologías asociadas encontradas fueron, la hipertensión arterial sistémica en el 13.08% (14), la diabetes mellitus tipo II en el 7.48% (8), y con 0.93% (1) alteraciones como insuficiencia venosa periférica, bronquitis, asma, fistula anal mas hemorroides, parálisis facial, hernia umbilical, colesistitis litiaica, endometriosis cervical y en episiotomía antigua, sífilis activa tardía latente (tratada), epilepsia, prolapso de cúpula

Ninguna de las enfermedades asociadas tubo relación estadísticamente significativa con el padecimiento ni con las complicaciones presentadas

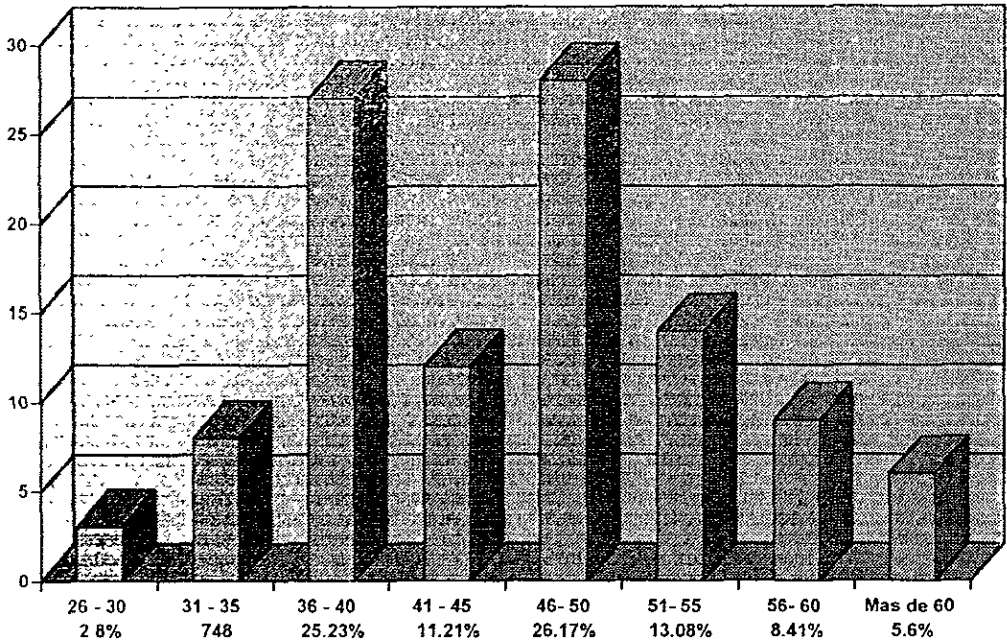
En 77 expedientes se hallaba referido el peso y talla de la paciente por lo que se observo que 63 pacientes presentaban obesidad en algún grado y a las 30 pacientes restantes no se pudo valorar

La estancia intrahospitalaria postquirúrgica osciló entre 3 y 5 días en el 81.31% (87) de los casos. Siendo menor de 3 días en 6.54% (7) y extendiéndose hasta 7 días en el 9.35% (10), y en tres casos más 8, 12 y 21 días, estas ultimas secundario a retención urinaria. (*Gráfica 14*)

Es de llamar la atención el expediente de una paciente de 25 años, a la cual se le practicó la operación de Pereyra, con los diagnosticos de incontinencia urinaria al esfuerzo, cistocele grado II y amenorrea secundaria a probable síndrome de HAIR-AN. La paciente recibió tratamiento prequirúrgico con metronidazol local y sistémico por cervicovaginitis clínica. Se practicó prueba inmunológica del embarazo en orina con reporte negativo y un ultrasonograma ginecológico el cual descartaba gestación mayor de 5 semanas. La operación se realizó 7 semanas después de completar su protocolo, se utilizó bloqueo peridural y un tiempo quirúrgico de más de 60 minutos, con lesión de un vaso vesical y la consecuente hemorragia de 600 cc. La paciente no fue transfundida. A los tres días egresó sin complicaciones. Ocho semanas más tarde se presenta a la consulta externa donde se diagnostica embarazo de 20 semanas. Y 10 semanas más tarde requiere internamiento en el servicio de medicina perinatal de alto riesgo por sospecha de ruptura prematura de membranas, la cual se descartó. Se desconoce la resolución obstétrica, ya que no hay más datos en el expediente, haciendo sospechar que ésta ocurrió en algún otro nosocomio

Gráfica 1

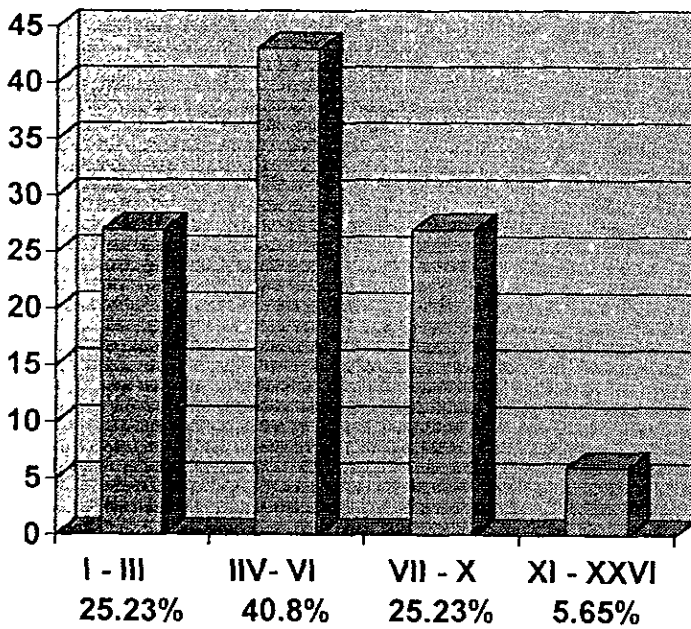
Grupos Etarios



Fuente: Archivo Cíptico del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, 1993-1997

Gráfica 2

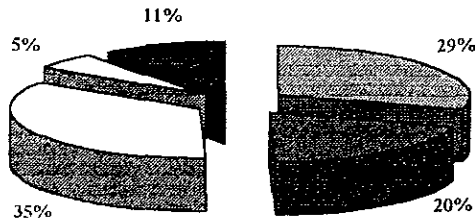
Paridad



Fuente. Archivo Clínico del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud. 1993-1997

Gráfica 3

Antecedente Quirúrgico 70% (75)



□ 22 HTA

□ 4 HV

■ 15 Cesárea

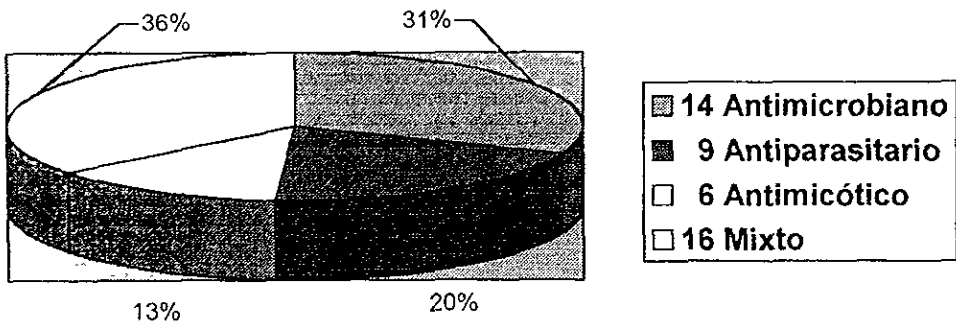
■ 8 Otras ginecológicas

□ 26 No ginecológicas

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, 1993-1997

Gráfica 4

Tratamiento Prequirúrgico 42% (45)

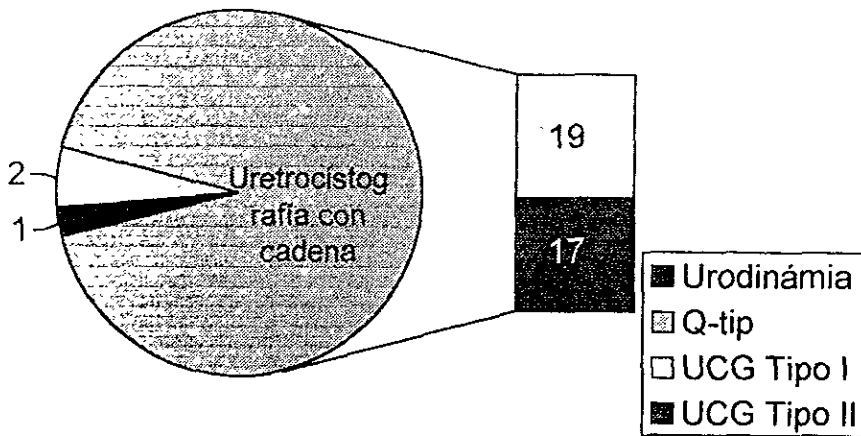


Fuente. Archivo Clínico del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud. 1993-1997

Gráfica 5

Estudios Diagnósticos

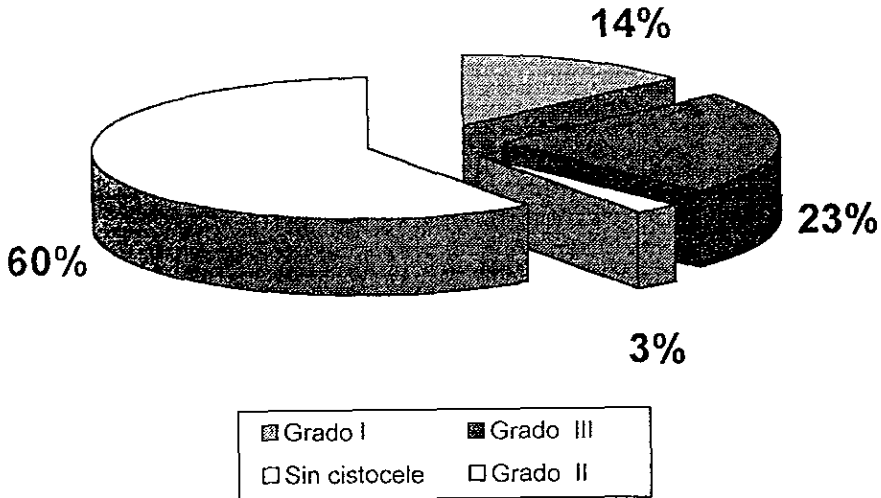
36.44% (39)



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud 1993-1997

Gráfica 6

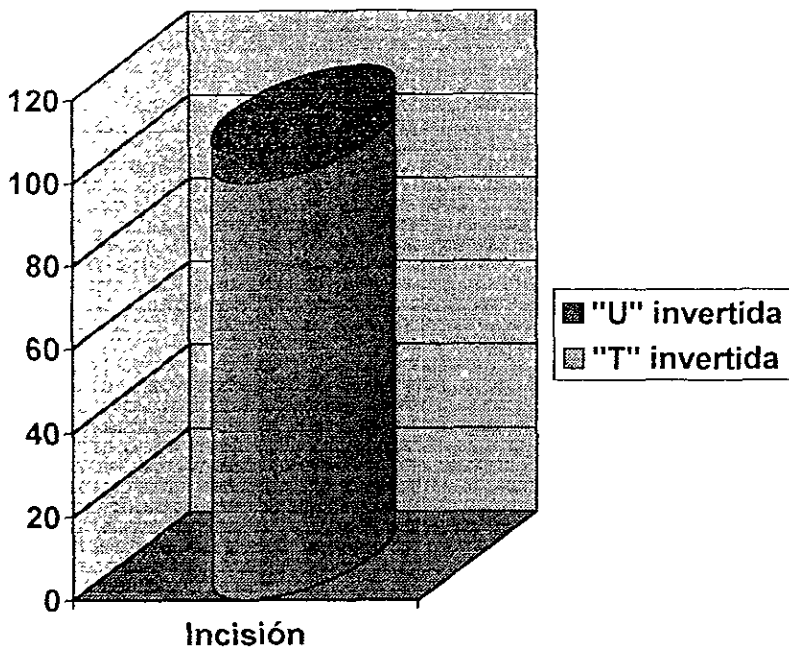
Diagnóstico Clínico de Cistocele



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud. 1993-1997

Gráfica 7

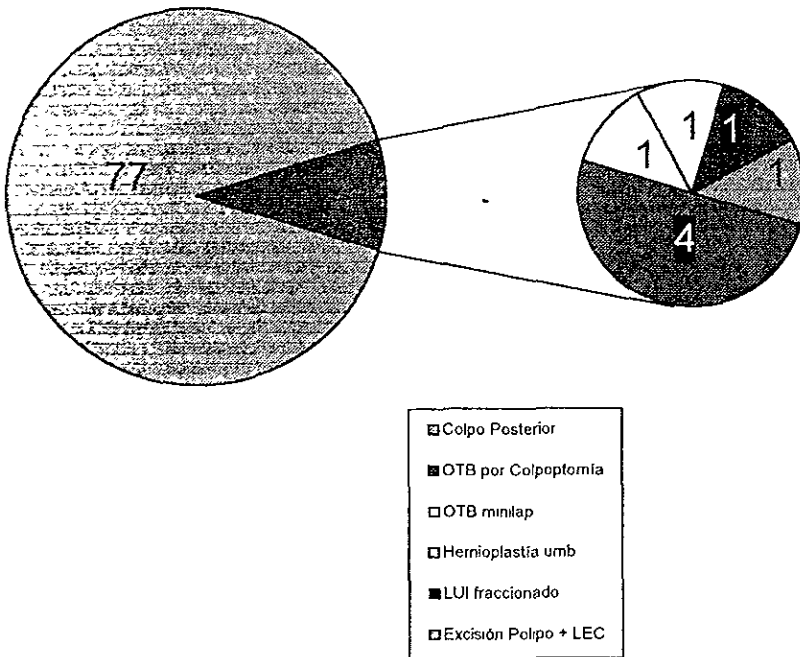
Colpotomía Anterior



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud. 1993-1997

Gráfica 8

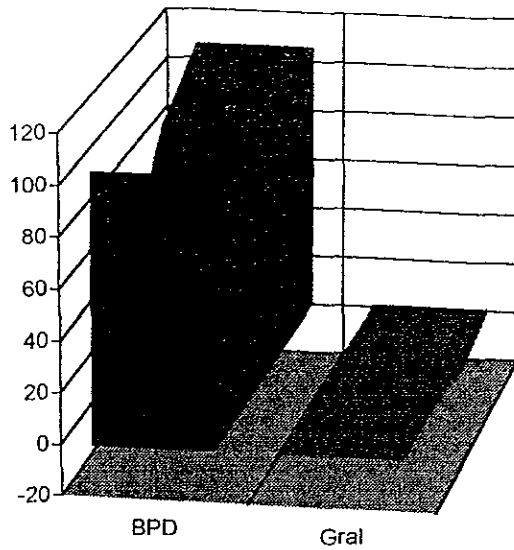
Cirugías Concomitantes



Fuente Archivo Clínico del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud 1993-1997

Gráfica 9

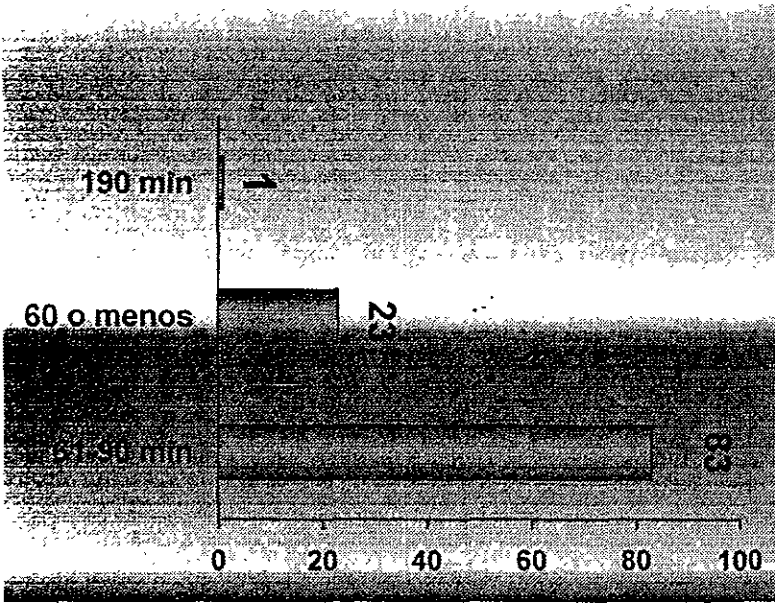
Técnica Anestésica



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud 1993-1997

Gráfica 10

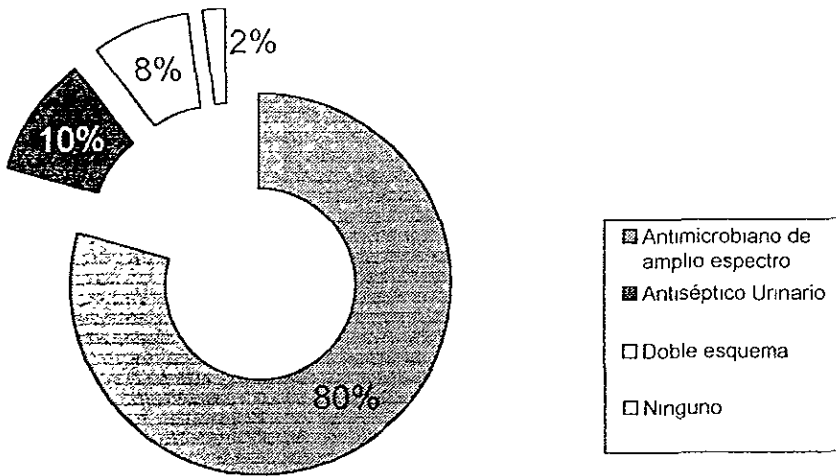
Tiempo Quirúrgico



Fuente Archivo Clínico del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, 1993-1997

Gráfica 13

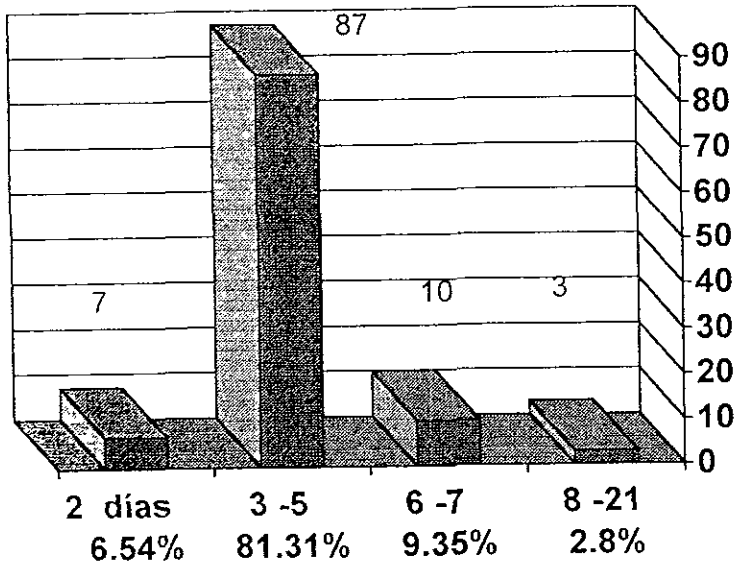
Tratamiento Antibacteriano Posquirúrgico



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud 1993-1997

Gráfica 14

Días de Estancia
Posquirúrgica



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, 1993-1997

DISCUSIÓN:

Posterior a ésta revisión podemos observar que de enero de 1993 a diciembre de 1997 se realizaron 896 operaciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo, tan solo a 120 de éstas se les ofreció y practico la operación de Pereyra, o sea, 1 de cada 7.5 pacientes, que en comparación de otros estudios nacionales similares (14), es mucho menor. Así mismo nos permitió dar cuenta que las operaciones Burch y Marshall-Marchetti-Krantz se realizan aún en menor proporción, 1 de cada 17 y 1 de cada 18, respectivamente; muy distante de lo reportado en la literatura.

La morbilidad en la operación de Pereyra estuvo presente en el 23.36% del total de los casos, lo que significa una de cada 4.5 pacientes presentan alguna complicación trans o postquirúrgica ya sea a corto o largo plazo; si bien es cierto que la prevalencia individual de las complicaciones no excede al 4% vale la pena hacer un análisis comparativo con algunos reportes de la literatura.

La retención urinaria se presentó en el 33.64% de los casos, siendo esta mayor que la referida (24%).

Las complicaciones transquirúrgicas se presentaron en un 9.35% que en su mayoría fueron secundarias a la cirugía concomitante realizada. Siendo esta cifra similar a la referida (7.4%).

La morbilidad febril secundaria a urosepsis es tan solo el 3.74%, teniendo relación directa con que en el 98.13% se indicó algún esquema de tratamiento antibacteriano. Siendo notablemente menor a lo referido 25.9%. Así mismo hay que hacer notar que solo en algunos casos se solicitaron análisis de orina postquirúrgico.

Los abscesos del área quirúrgica se presentaron en el 3.74% de los casos siendo mayor que la referida (1.3%).

La lesión vesical ocupó el último lugar con tan solo el 1.87% de los casos, siendo menor a lo referido (4.8%).

La recuperación de la función urinaria se logró en un lapso de 11.5 días en promedio comparativamente mayor que lo referido (7.8 días).

La estancia intrahospitalaria promedio fue de 3.8 días siendo esta menor que la referida (5.5 días).

La incisión quirúrgica preferida para la colpotomía anterior es la "T" invertida en 93.46%, y en el 79.43% se aprobó el procedimiento quirúrgico para una cirugía concomitante.

Las cirugías concomitantes realizadas, las complicaciones transquirúrgicas que de ellas derivaron y la falta de terapia estrogénica prequirúrgica, seguramente fueron las causas de que el tiempo quirúrgico y el sangrado estimado se presentan en valores mayores a lo referido (menos de 60 minutos y menos de 100 cc).

Al valorar el éxito que tiene la operación Pereyra practicada con la técnica del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, podemos observar que se tiene un aparente 94.39% de casos resueltos satisfactoriamente y tan solo el 4.67% de recidiva, sin embargo, es imposible hasta el momento realizar un estudio que evalúe a largo plazo la tasa real de curación, ya que tan solo el 5.61% de las pacientes tienen seguimiento mayor de 12 meses.

Se puede observar que a las pacientes se les realizó una historia clínica completa y una exploración médica cuidadosa, realizando un diagnóstico clínico y que tan solo a 36 pacientes se les realizó la uretrocistografía con cadena lo cual corresponde al 33.64% del total, únicamente en 2 expedientes se encontró la anotación de la prueba del Q-tip (1.87%) a pesar de la sencillez del estudio y tan solo a una paciente se le practicaron pruebas urodinámicas.

Se sabe que en las últimas décadas se ha venido ganando terreno en la fisiopatología de la incontinencia urinaria al esfuerzo, así como en los métodos diagnósticos, pero no podemos olvidar que la anamnesis sumada a una exploración uroginecológica clínica minuciosa en el consultorio (prueba de Valsalva, de Bonney, del Q-Tip, de urodinámica con sonda de tres vías) pueden integrar un plan terapéutico adecuado y que la única manera de poder valorar la eficiencia de nuestros procedimientos es el seguimiento de las pacientes.

Por lo que queda plenamente justificada la creación de la Clínica "Urología Ginecológica" en nuestro nosocomio, para contar con un protocolo específico, un incremento en la práctica de técnicas quirúrgicas con técnicas de Pereyra, Burch y Marshall-Marchetti-Krantz, estudios comparativos prospectivos, así como llevar un seguimiento cuidadoso de todas estas pacientes

Esto es, sabemos que los casos de éxito con la operación Pereyra pierden valor con el paso de tiempo, desde un 77% antes de los primeros 4 años hasta el 54% a los 10 años. Pero también se sabe que cuando no se tienen factores de riesgo (inestabilidad del detrusor, neuropatías, infecciones) se han reportado un éxito del 81.6% a los 15 años y en este mismo periodo tan solo del 43.8% cuando se tiene algún factor de riesgo, los cuales incluyen el tipo de cirugía y la experiencia del cirujano

Consideramos que la información preoperatoria que se le brinda a al paciente en cuanto a la duración de la cateterización (sonda), es de vital importancia; así no se crean falsas expectativas, ni estados de ansiedad asociados al drenaje vesical prolongado

CONCLUSIONES

El porcentaje de la incontinencia urinaria al esfuerzo recidivante con la operación de Pereyra, tan solo del 4.67 % sin embargo fue imposible valorarlo a largo plazo.

La morbilidad en la operación de Pereyra, cuando es empleada de primera intención para el tratamiento de la incontinencia urinaria al esfuerzo es de 48.59%.

Es una necesidad la creación de la Clínica "Urología Ginecológica" en el Hospital de la Mujer

Bibliografía

- 1 Te Linde R.W. Ginecología Operatoria
5ta Edición Editorial Bernades S A 1993
- 2 Stephen B Y A practical approach to perimenopausal and postmenopausal urinary incontinence
Obst-Gynecol Clin 1994 Jun; 213 (2). 357-79
- 3 Cruz G E Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Tratamiento Quirúrgico. Experiencia de un año (1993).
Tesis Hospital de la Mujer. Secretaria de Salud. 1995.
- 4 Ramírez V Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en la Mujer
Ginec-Obstet- Mex. Vol. XVIII Sep-oct 1963
- 5 Giménez M J Incontinencia Urinaria De esfuerzo
Avances Recientes en Ginecología y Obstetricia Vol III 23, 1967
- 6 Thiede A H Urología Ginecológica
Clin Gin y Obst. Temas Actuales Vol II-1990
- 7 Langman Embriología Médica
6a Edición Ed Panamericana (1993)
- 8 Hutch Y J Observations on Stress Incontinence of Urine
Amer J Obstet-Gynecol. 74; 721- 1952
- 9 Norton A P Incontinencia Urinaria
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas Vol II 1990
- 10 Hilton P S Urethral Pressure Measurement. By microtransducer. the results in symptom free women and in those with genuine stress incontinence.
Brit -J-Obstet-Gynecol 90, 919 1983
- 11 Benson C R Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico
Ed Man Moderno 392-96 1979
- 12 Pernoll L. M Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico
Ed Man Moderno 6ª Edición 1993
- 13 Jackson P Sixth report on the standardisation of terminology of lower urinary tract function
Scan J Urolory Nephrol. 20 161, 1986
- 14 Peña S M Tratamiento quirúrgico de la Incontinencia Urinaria al Esfuerzo Operación de Burch
Ginecología y obstetricia de México Vol 56 Feb 1988. 3944
- 15 González M J Tratado de Ginecología
6ª Edición Editorial Masson Cap 16, 1993
- 16 Wyman F J The Urinary Diary in Evaluation of Incontinent Women A test, retest analysis
Obs- Ginecol 71 (6 pt-1) Jun, 1988
- 17 Montz F J Q-Tip Test in female urinary incontinence
Obstet-Gynecol 67,258,1986
- 18 Stanton S L Surgical management of urethral sphincter incompetence
Clin-Obstet-Gynecol 33,346.1990
- 19 Petri E Vaginal or Abdominal approach for surgery of female stress incontinence.
International urogynecology journal 4, 131-2 1993
- 20 Sanchez F A Incontinencia urinaria al esfuerzo.
Monografía gineco-obstétricas del Hospital de la Mujer. Secretaria de Salud 115-124,1973
- 21 Rodríguez C S Evaluación del posoperatorio de los diferentes procedimientos quirúrgicos para la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo Estudio retrospectivo
Ginecol-Obstet-Mex 1996 Jun, 64 · 251-5
- 22 Simonin-D C Incontinencia Urinaria Genuina de Esfuerzo Análisis de dos técnicas quirúrgicas Pereyra y Burch
Ginecol-Obstet-Mex 1994 Oct 62 319-21

- 23 Iris de la Cruz S Incontinencia Urinaria de Esfuerzo Comparación de 4 Métodos de Cistoretropexia Seguimiento a dos años
Ginecol-Obstet-Mex. 1994, Oct; 62: 287-91
- 24 Klutke J J , Transvaginal bladder neck suspension to Cooper's ligament a modified Pereyra procedure
Obstet-Gynecol 1996 Aug; 88 (2): 294-7
- 25 Blaibas J G , Vaginal flap reconstruction of the urethra and vesical neck in women a report of 49 cases.
J-Urol 1996 Mar; 155 (3) 1014-7
- 26 Trockman B A , Modified Pereyra bladder neck suspension 10- year mean follow-up using outcomes.
analysis in 125 pacientes
J-Urol. 1995 Nov; 154 (5): 1841-7
- 27 Sirls- L T , The effect of study methodology on reported success rates of the modified Pereyra bladder
neck suspension
J-Urol 1995 Nov, 154 (5): 1732-5
- 28 Bergman- A Three surgical procedures for genuine stress incontinence. five-year follow-up of a
prospective randomized study
Am-J-Obsted-Gynecol. 1995 Jul; 173 (1) 66-71
- 29 Korman H J Success rate of modified Pereyra bladder nec suspension determined by outcomes analysis.
J-Urol 1994 Nov, 152 (5 pt 1) 1453-7
- 30 Karram M M The modified Pereyra procedure, A clinical and urodynamic review.
Br-J-Obstet- Gynecol. 1992 Aug; 99 (8): 655-8
- 31 Kelly Symptom Analysis of patients undergoing modified Pereyra bladder neck suspension for stress
urinary incontinence. Pre-and-postoperative findings
Urology 1991 Mar, 37 (3): 213-9
- 32 Holschneider-CH The modified Pereyra procedure in recurrent stress urinary incontinence, a 15 year
review
Obstet-Gynecol 1994 April, 83 (4) 573-8
- 33 Huerta V C Complicaciones en cirugía ginecológica por via vaginal Tesis Hospital de la Mujer.
Secretaria de Salud, 1996
- 34 Leach G E. Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence
The Urologic Clinics of North America Vol 18 No 2 May. 1991
- 35 Flores C O Drenaje Urinario Suprapúbico Posterior a Cirugía correctiva de la incontinencia urinaria al
esfuerzo con la técnica de Pereyra
Ginecol-Obstet-Mex 1995 Jul, 63: 297-301
- 36 Rodríguez C S Denaje Vesical en Pacientes Sometidas a Operación Pereyra
Ginecol-Obstet- Mex 1996 Jul, 64 332-4
- 37 Ortiz L G Retención Urinaria Secundaria al tratamiento Quirúrgico de la Incontinencia Urinaria al
Esfuerzo
Gineco-Obstet-Mex. 1995 May, 63 214-6
- 38 Martínez M A Incontinencia Urinaria al Esfuerzo en la Mujer.
Tesis Hospital de la Mujer, Secretaria de Salud 1978
- 39 Belloso A R *Incontinencia de orina por esfuerzo en la mujer*
Ed Panamericana, 35,1965
- 40 López E R Incontinencia neurogénica y estenosis uretral asociadas
Rev Mex De Urología Vol. XXV No. 4, julio-agosto 1966
- 41 Lopez O E La uretrocistografía en el estudio de la incontinencia urinaria en el esfuerzo.
Rev de Ginec y Obt de Mex Vol 33 Año 38 No 200 junio 1973.
- 42 Quiñones G Cirugía vaginal en la incontinencia urinaria de esfuerzo
Ginec-Obs-Mex Vol 21, 563, ago 1963
- 43 Stamey A T Resistencia al ácido nalidixico.
Jama Vol 1, No 10 1976
- 44 Incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer.
Curso XXII Reunion Nacional de Ginecología y Obstetricia Ver Ver Octubre 1977
- 45 Perez C M L Morvimortalidad en la Histerocolpectomia en el Hospital de la Mujer
Tesis Hospital de la Mujer, Secretaria de Salud, 1995
- 46 Olmedo M R Uso de los estrógenos en plastias genitales
Tesis Universidad Veracruzana. 1973

- 47 Ganong Fisiología Médica
Ed. Man Moderno 1986
- 48 Gomez M P Incontinencia Urinaria
Rev Colombiana de Ginec y Obst Vol XXII, No 4, 257-1971
- 49 Gallo D Atlas de Urología Ginecológica
Ed Man Moderno 563-607 1992
- 50 Howkins J Cirugía Ginecológica de Bonney
8va Edición Ed. Jims Barcelona, 1980
- 51 Quiñones G Cirugía Vaginal en la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo
Rev de Ginec y Obstet de Mex Vol XXI, 563, Agosto 1963
- 52 Alvarez V.A La antibioticoterapia profiláctica en cirugía ginecológica.
Actualidades médicas en ginecología y obstetricia, 73,1970
- 53 Aspe A J Estenosis Urinaria posoperatoria en Cirugía Ginecológica
Actualidades en Ginecología y Obstetricia 164,1970
- 54 Delgado U J Drenaje Vesical posoperatorio por cistostomía suprapubica
Ginec-Obstet- Mex Vol 31 año XXXVII No 182. Enero 1972
- 55 Vavre J P Cure Chirurgicale des Colpocystocele Parovie Abdominale Clivaje Vesico-vaginal Avec
Interposicion et suture dans ce plan d'une plaque de pau fixes aux ligaments de Cooper
La Presse Medicale 78 No 18, 1- Abril 1970
- 56 Gershenson D M Operative Gynecology.
W B Saunders Company 1993
- 57 Berdereu-T V A modified percutaneous out patient bladder neck suspension system
J-Urol 1994 Dec, 156 (6 pt 2) 2316-20

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