

11217

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Pos grado
Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"
IMSS**

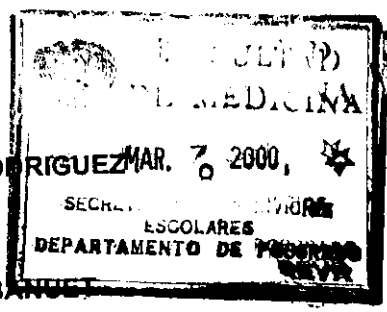
**OPERACIÓN DE CABESTRILLO INDICACION TECNICA Y
RESULTADOS.**

TESIS

Para obtener el Titulo en la Especialidad de
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
Dr. LUIS AUGUSTO MONTAÑEZ RODRIGUEZ

Asesor:
Dra. GUADALUPE VALIENTE BARRUETA



México, D. F.; 2000.

23/03/00



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

103

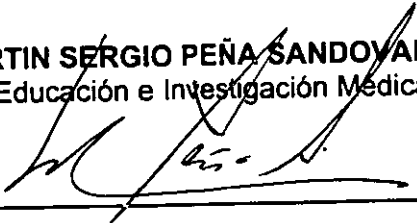
**HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**"OPERACION DE CABESTRILLO:
INDICACION, TECNICA Y RESULTADOS"**

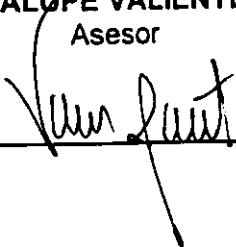
Dr. FDO. ALFONSO RIOS MONTIEL
Director y Titular del Curso



Dr. MARTIN SERGIO PEÑA SANDOVAL
Jefe de Educación e Investigación Médica



Dra. GUADALUPE VALIENTE BANUET
Asesor



DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico de manera muy especial a mi esposa **ANA MARIA** por todo su amor, comprensión y apoyo para la culminación de mi estudios de pos grado y a mis hijos **LUISANA** y **LUIS** por entender que en aquellos momentos que más me necesitaban yo no estaba.

Y a todos mis familiares y amigos que estuvieron siempre conmigo en los momentos más difíciles de la carrera.

RESUMEN

Operación de Cabestrillo Indicación Técnica y Resultados. Dr. Montañez Rodriguez Luis Augusto. Dra. Valiente Banuet Guadalupe. Hospital de ginecología y obstetricia "Luis Castelazo Ayala".

Propósito de la investigación: Analizar los resultados obtenidos de la cirugía de cabestrillo según la indicación y técnica utilizada.

Materiales y métodos: Se analizaron expedientes de todos los pacientes sometidos a cirugía de cabestrillo en el servicio de uroginecología de enero de 1997 a diciembre de 1999. Se llenó hoja de captación de datos, tomando en cuenta antecedentes de la paciente, edad, gesta, para, aborto, cesárea, presencia de menopausia, tipo de incontinencia, indicación de cirugía de cabestrillo, y seguimiento de 6 a 24 meses. El estudio fue retrospectivo, observacional no controlado, lineal.

Resultados: Se captaron 23 pacientes, se excluyeron dos pacientes por no contar con expedientes. El 98 % de las pacientes eran multiparas con más de dos partos. Catorce (66,6%) se encontraban en etapa de climaterio. Once tenían histerectomía total abdominal previa, 18 tenían cirugía anti-incontinencia, todas tenían incontinencia urinaria residivante, doce se les realizó uroflujometría que reportó menos de 20 mmH₂O de presión uretral. Cinco pacientes con buena evolución hasta los dos años. Doce con mala evolución.

Conclusión: los buenos resultados de la cirugía fueron bajos por la mala selección de los pacientes, debido a que no cumplían con un protocolo de estudio completo.

Palabras claves: cabestrillo, incontinencia urinaria.

INDICE:

1. ANTECEDENTES.....	1
2. MATERIALES Y METODOS	18
3. RESULTADOS	20
4. DISCUSION	25
5. CONCLUSION	27
6. BIBLIOGRAFIA	28

ANTECEDENTES

La urología ginecológica, que se ocupa de los problemas de vías urinarias bajas en la mujer, tiene como principal motivo de consulta la uretritis aguda y la incontinencia urinaria (1).

El término de incontinencia de esfuerzo fue empleado por primera vez por Sir Errdley Holland y las primeras recomendaciones para su tratamiento fueron indicadas en 1864 (1).

La Sociedad Internacional de Continencia en 1979 definió la Incontinencia Urinaria como la pérdida involuntaria de orina que provoca un problema higiénico o social y que es demostrable objetivamente.

En la mujer, el control urinario es relativo. Los estudios indican que aproximadamente el 50 % de las pacientes admiten alguna ocasión la pérdida de orina con el esfuerzo especialmente con la vejiga llena.

Incontinencia urinaria de esfuerzo verdadera o anatómica denota:

- a) Un síntoma: La paciente refiere la pérdida involuntaria de orina cuando realiza ejercicio físico.

- b) Un signo: Es la observación de la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, inmediatamente después de un aumento de la presión intrabdominal.

- c) Una condición: Pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede a la presión uretra máxima, en ausencia de actividad de detrusor.

Incontinencia de urgencia: Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo imperioso de orinar y se subdivide en:

- a) Motora: Cuando es debida contracciones no inhibidas del detrusor.

- b) Sensorial: Asociada a otras causas.

Detrusor inestable: Es aquel que muestra contracciones objetivas espontáneas o por estimulación,

durante la fase de llenado, mientras que la paciente está intentando inhibir la micción .

Incontinencia Refleja: Es la pérdida involuntaria de orina debida a la actividad refleja anormal de la médula, sin que exista el deseo habitual de orinar.

Incontinencia por rebosamiento (o sobreflujo): Es la pérdida involuntaria de orina que se produce cuando la presión intravesical excede a la presión uretra máxima debido al aumento de la presión intravesical por sobredistensión, con o sin actividad de destrusor.

Causas de Incontinencia Urinaria:

- a) Anatómica.
- b) Fístulas.
- c) Rebosamiento.
- d) Congénita.
- e) Neurogénica.
- f) Inestabilidad de Destrusor.

Causas de incontinencia por rebosamiento del destrusor:

- a) Neurológicas
- b) Locales (infecciones o irritativa).
- c) Farmacológicas (parasimpaticométicos).
- d) Psicosomáticas.

De la mencionadas la más frecuentemente observadas en la práctica, corresponde a la anatómica, inestabilidad del destrusor o una combinación de ambas.

(1)

Se han considerado algunas características clínicas que se refieren o se encuentran predominantemente en uno u otro tipo de incontinencia, que puede orientar hacia la causa y son:

Incontinencia por causa anatómica:

Existe incontinencia al correr, estornudar, subir escaleras, cambios de posición, dismenorrea congestiva, dispareunia, dolor pelvico variable.

Incontinencia por inestabilidad de destrusor:

Investigar enuresis, polaquiuria, nicturia, chorro débil, goteo posterior.

El tratamiento inicial de la incontinencia urinaria mixta, según los autores debe ser conservador y enfocado al peor de sus componentes.

Lo más importante que debemos tener en cuenta es identificar muy bien la causa de incontinencia y el tipo de la misma, para no tener recidivas o complicaciones después de un tratamiento quirúrgico.

De las mujeres con corrección quirúrgica satisfactoria de la incontinencia de esfuerzo genuina , de 10 a 40 % pueden tener renuencias. (1) En muchos casos, no hay siquiera buenos resultados a corto plazo por incontinencia persistente. (2)

Se han descrito muchos procedimientos de cabestrillo y su modificaciones para la paciente que acude al médico por fracaso de la intervención quirúrgica, incontinencia congénita, uretra fibrosa cicatrizada, uretra corta no funciona, baja presión de cierre uretral y antecedentes de radioterapia pélvica. Los materiales que suelen utilizarse incluyen tejidos homólogos (aponeurosis de rectos abdominales y fascia lata) y materiales sintéticos (Marlex, Mersilene, Gore-Tex). Es necesario conservar la aponeurosis y pudiera tener tamaño y fuerza dudosos. Los materiales extraños pueden tener complicaciones, con

mala cicatrización, rechazo, y posible migración. Además como otra complicación tenemos la inestabilidad de destrusor, y trastorno del vaciamiento vesical. La técnica de cabestrillo es un procedimiento fácil de realizar y no requiere de más experiencia que la necesaria para realizar cistouretropexia con aguja, sin embargo los criterios de selección de paciente deben ser cuidadosamente observados.

Existen criterios bien establecidos para la selección de la paciente con padecimiento de incontinencia, además contamos con pruebas que nos ayudan al diagnóstico preciso. Los estudios mínimos de la paciente incontinente son:

ESTUDIO	OBJETIVO
1. Urocultivo y antibiograma	Detectar infección de vía urinarias
2. Exploración ginecológica	Detectar prolapso genital y patología uterina o anexial
3. Prueba de hisopo (Q-tips)	Demostrar defecto anatómico, hipermovilidad uretral y descenso de la unión uretrovesical
4. Medición de orina residual	Descartar incontinencia urinaria
5. Evaluación neurológica	Excluir lesión neuronal en segmentos lumbosacros
6. Cistometría	Descartar inestabilidad del destrusor
7. Uretrocistoscopia	Excluir uretra rígida, fístula vesicovaginal, divertículo uretral, cuerpos extraños, uretricitis
8. Presión de cierre uretral	Descartar lesión del mecanismo esfinteriano

En general, los objetivos del procedimiento anti-incontinencia son:

- 1) Elevar la base vesical y la uretra proximal a su localización anatómica intraabdominal.
- 2) Proporcionar el sostén necesario para mantenerlos en esa posición en forma permanente.

Hay factores e interrogantes que resolver en la paciente incontinente los cuales son:

1-Edad	¿ Se trata de una paciente en edad reproductiva o es una mujer posmenopáusica o de la tercera edad?
2-Prolapso genital	¿ Existe algún tipo de trastorno de la estática pelvigenital?
3- Padecimiento ginecológico	¿ Existe patología uterina o anexial que requiera laparotomía?
4- Estado del mecanismo esfinteriano	¿ La uretra es funcional o rígida?
5- Tipo de incontinencia	¿ Es primaria o recidivante?
6- Factores que incrementan la presión abdominal.	¿ Obesidad?
7- Motivación	¿ La paciente?
8- Reinicio de labores	¿ Cuando debe la paciente reanudar su actividad física habitual?

En relación con la edad la paciente postmenopáusica y particularmente la de la tercera edad, se acompaña con más frecuencia de: presión uretral baja, atrofia genital por deprivación estrogénica, inestabilidad de destrusor, riesgo quirúrgico más elevado, prolapso genital, tejidos más débiles e ingesta de medicamentos que influyen en el mecanismo de continencia urinaria normal etc.

Desde las observaciones de Mc Guire en 1981, se ha acumulado evidencias en múltiples informes en el sentido de que las pacientes con presión uretral baja de menos de 20 cm de H₂O responde mejor cuando se emplea las técnicas de cabestrillo (1).

Para hacer una buena valoración de la paciente candidata a la cirugía de cabestrillo debemos tener muy en cuenta que el mecanismo de continencia urinaria depende de cuatro factores fisiológicamente intactos: 1) el mecanismo de esfínter uretral interno; 2) esfínter estriado externo; 3) adecuado sostén anatómico de la uretra proximal y la unión uretrovesical; 4) la inervación intactas de estos componentes que modula su funcionamiento(2).

En tanto la presión intrauretral excede la presión vesical, no ocurre paso de orina. Los factores antes mencionados permiten el aumento de la presión intraabdominal durante el estrés, que se trasmite de manera equivalente a la vejiga y la uretra proximal. La contracción refleja de fibras musculares estriadas periuretrales de descarga rápida ayuda a aumentar la presión intrauretral. La transmisión de la presión que ocurre distribuye fuerzas posteriores a la uretra y estas comprimen su parte proximal contra la cara de posterior de la sínfisis del pubis.

El mecanismo de esfínter uretral interno consta de músculo liso uretral, tejido elástico en las paredes uretrales, plexo vascular submucoso y uritelio. La lesión de esta región por traumatismo, intervenciones quirúrgicas previas o privación de estrógenos, por ejemplo, puede alterar la transmisión de presión durante el esfuerzo, disminuir la presión uretral en reposo y evitar un buen sello por la mucosa. El esfínter estriado externo proporciona hasta 33% de la presión uretral en reposo, y las fibras pubococcigeas de descarga rápida aumentan la presión uretral con el esfuerzo. El sostén anatómico en la unión uretrovesical depende de inserciones musculares y aponeuróticas intactas. Actualmente se supone que un piso pélvico desnervado puede debilitar el sostén uretral y

producir decremento de la transmisión de la presión intraabdominal a la uretra proximal .

El defecto corregido por operaciones estándar para incontinencia urinaria genuina es la pérdida del sostén anatómico en la unión uretrovesical. Las operaciones primarias deben utilizar una vía de acceso abdominal: colposuspensión de Burch, operación de Marshall Marchetti Krantz, procedimiento con aguja. Esta corrección permite una buena transmisión de la uretra contra la cara posterosuperior de la sínfisis del pubis. Las operaciones de cabestrillo proporcionan sostén a la cara posterior de la uretra proximal y durante el esfuerzo esta se comprime contra el cabestrillo (2-3-4)

Si existen trastornos de la estática pelvigenital, deben planearse cuidadosamente el o los procedimientos quirúrgicos que permitan resolver en forma integral los problemas de la paciente con criterio uroginecológico. En estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología donde se reporta que de 121 pacientes estudiados por incontinencia urinaria 117 (96%) presentaron algún grado de problema de estática pélvica.

En los casos de cirugía recidivante, interesa conocer el número, tipo y tiempo de la cirugía previa

realizada, amplitud y movilidad vaginales, posición de la unión uretrovesical, estado del mecanismo esfinteriano, etc.

También debemos tener en cuenta que las pacientes que generalmente son candidatas a cirugía de cabestrillo han tenido otros tratamientos quirúrgicos, los cuales deben ser considerados como factores de riesgo al fracaso en cuanto al diagnóstico y al tratamiento. Además se debe tener en consideración la ingesta de medicamentos por la paciente.

Se han utilizado más de 100 técnicas quirúrgicas diferentes para la corrección de la IUE, las cuales han tenido modificaciones con el paso del tiempo, hasta tener una tasa de éxito aceptada adecuada, siempre y cuando halla una indicación adecuada. El objetivo de las distintas técnicas de corrección para la IUE pretenden principalmente y como base, elevación del cuello vesical y parte proximal de la uretra de tal manera que se encuentra dentro de la influencia de la presión intraabdominal (4,5).

En las últimas dos décadas parece existir el consenso de que se obtienen mejores resultados con las técnicas suprapúbicas con fijación de la unión

uretrovesical y el tercio proximal de la uretra a la cara posterior del pubis (11, 12).

La técnica de cabestrillo la describió por primera vez por Goebell en 1910 y uso el músculo piramidal como cabestrillo (5).

Hay cuatro sistemas principales para la colocación de cabestrillo y dos sitios de inserción.

Técnica 1: Retropública abierta a vagina.

La disección comienza por vía abdominal en el espacio de Retzius en dirección a la pared pélvica lateral. Por vía vaginal, se expone la unión uretrovesical por fuera de las ramas descendentes del pubis. El cirujano abdominal y el vaginal seleccionan un sitio de perforación a través del diafragma urogenital mediante tacto, y el material de cabestrillo se coloca debajo de la unión UVJ con los extremos atravesando la vagina en dirección a la cavidad abdominal. El cabestrillo trata de asegurarse a los ligamentos de Cooper o a la aponeurosis del recto abdominal anterior.

Técnica 2: Cabestrillo cerrado traccionado a través del abdomen.

La disección procede hasta la aponeurosis del recto. La disección vaginal expone la UVJ y las ramas descendentes del pubis para permitir la perforación del diafragma urogenital desde abajo, mientras se mantiene una posición lateral a la vejiga. Se pasa una pinza desde la vagina hacia arriba a través de la aponeurosis del recto en el sitio de la incisión abdominal. El material del cabestrillo se pasa del abdomen a la vagina por debajo de la uretra y de regreso a la incisión abdominal, y se asegura a la aponeurosis del recto anterior.

Técnica 3: Cabestrillo cerrado traccionado desde la vagina.

La disección vaginal expone la UVJ y las ramas descendentes del pubis donde se ingresa al espacio de Retzius desde abajo. Se hace una pequeña incisión suprapúbica hasta la aponeurosis del recto y se incide ésta en cada ángulo de la incisión. Con un dedo colocado en la vagina hacia el espacio retropúbico, se guía en la pinza a través del abdomen hacia la vagina donde toma el material de cabestrillo y lo lleva hacia la incisión abdominal a cada lado de la uretra, para después fijarse en la aponeurosis del recto.

Técnica 4: Una vía de acceso abdominal expone sólo el espacio de Retzius y coloca el cabestrillo a través del túnel creado bajo la uretra, para después fijarse al ligamento de Cooper o la aponeurosis del recto.

Todos los procedimientos requieren abertura de la vejiga o endoscopio para asegurarse de que están intactas de la pared vesical y los uréteres y que el cabestrillo está colocado en posición por arriba de la UVJ. La plicatura de los tejidos aponeuróticos en la unión UVJ crea una base firme para el cabestrillo, que debe suturarse en la pared vaginal anterior a nivel de la unión para prevenir su enrollamiento o deslizamiento. La tensión de cabestrillo puede guiarse mediante varias técnicas y el material estará lo suficientemente tenso para eliminar pliegues y arrugas. Cuando se usa endoscopio para observar la UVJ, la tensión de cabestrillo debe acercarla dos tercios de la distancia. Un Q-tip colocado en la uretra debe tener una deflexión positiva de 19 grados con respecto a la horizontal. Debe ponerse una sonda de Foley número 16 a través de la uretra y retirarse con tensión mínima.

La colocación de cabestrillo en ligamento de Cooper brinda una base amplia de sostén bajo la UVJ y no ejerce presión directa sobre la uretra. La inserción en la aponeurosis del recto permite la contracción del músculo

durante el esfuerzo para poner en tensión el cabestrillo y así promover la continencia. Son complicaciones del procedimiento de cabestrillo la hemorragia transoperatoria; en el posoperatorio puede haber un hematoma retropúbico, infección de vías urinarias y retraso de la micción. Los materiales sintéticos tienen una complicación adicional erosión de estructuras contiguas.

Pubovaginal.

El cabestrillo pubovaginal utiliza aponeurosis del recto desde el colgajo inferior de una incisión abdominal transversa baja. La técnica se describió antes como número 1 y da especial énfasis a la modificación de la UVJ por liberación de adherencias y tejidos cicatrizados. La tasa de curación es de 85 a 90 % y la complicación más molesta es el retraso de la micción. Se puede ajustar la tensión del cabestrillo en el transoperatorio aumentando la presión uretral 10 cm de agua por arriba de la cifra obtenida en el preoperatorio.

Malla de Marlex

El cabestrillo de malla de Marlex también utiliza técnica 1 en una vía de acceso combinada abdominovaginal. El material de Marlex tiene 15 cm de longitud y 2 cm de ancho. Se libera la UVJ por disección cortante si es necesario y se inserta el cabestrillo por lo

general en el ligamento de Cooper. La tasa de curación en el 90%, y casi todas las complicaciones se relacionan con infecciones de vías urinarias y disfunción miccional.

Fascia lata

La tira de fascia lata de 1.5 x 20 cm se conserva utilizando el aparato de Masson aponeurótico y la técnica 3 (21) para colocar cabestrillo en posición. Antes de la operación con cicatrización excesiva, puede requerir la técnica 1, de colocación abierta de cabestrillo. Este suele unirse a la aponeurosis del recto. La tasa de curación sobrepasa el 90 % y la principal complicación es un retraso en la micción.

Gore-tex suburetral.

El cabestrillo suburetral de Gore-tex utiliza la técnica 3 con un injerto de dimensiones 20x1cm x 1 mm de grosor. El segmento medio de 4 cm tiene no obstante 2.5 cm de ancho. Este material se coloca bajo la uretra y sus extremos se suturan a aponeurosis del recto. La tasa de curación es de 85% y las complicaciones son retraso de la micción y mala cicatrización de la pared vaginal anterior sobre el injerto. Si se deja gruesa la mucosa vaginal y está bien vascularizada, no suele afectarse la cicatrización. No ha habido casos de erosión por el cabestrillo en la uretra o la vejiga.

Silastic

El procedimiento de cabestrillo de Silastic en la técnica # 4 ha mostrado una tasa de curación de 83%. La naturaleza inerte del material de Silastic permite ajustar el cabestrillo y retirarlo con facilidad.

Otros procedimientos de cabestrillo

La técnica 2 se utiliza en una suspensión abdominoperineal de la uretra, con dos bandas aponeuróticas tomadas de la pared abdominal anterior. Las bandas de 8 cm se pasan por fuera de los rectos abdominales hacia la incisión vaginal epiuretral y se sutura ha cada lado, pero no bajo la UVJ. La tasa de curación a cinco años es de 72%.

Otros materiales para cabestrillo incluyen liodura, tendón del palmar mayor, malla de poliglactina, dermis porcina y mersilene. Se pueden usar varias de las modificaciones de una de las cuatro técnicas antes descritas para colocación y fijación de cabestrillo.

El objetivo del presente trabajo es analizar los resultados obtenidos de la cirugía de cabestrillo según la indicación y técnica utilizada.

MATERIALES Y METODOS.

Se analizaron expedientes de todas las pacientes sometidas a cirugía de cabestrillo en el servicio de Uro-ginecológica del Hospital "Luis Castelazo Ayala" de Enero de 1997 a Diciembre de 1999.

Se captaron pacientes que habían sido sometidas a la cirugía antes mencionada y que hayan seguido control post-cabestrillo de 6 meses a 24 meses. Las pacientes que no contaban con expediente clínico fueron excluidas.

Se revisaron los expedientes clínicos llenándose hoja de captación de datos. Se analizaron los antecedentes de las pacientes como edad, gesta, para, aborto, cesárea, presencia de menopausia, tipo de incontinencia urinaria, cirugía previa anti-incontinencia, cirugía vaginal previa, realización de estudios urodinámicos previos, indicación y complicaciones del cabestrillo y presencia de incontinencia urinaria durante el seguimiento.

El presente estudio fue retrospectivo, observacional, no controlado, lineal.

Los datos obtenidos fueron analizados por medio de medidas de tendencia central.

RESULTADOS.

Se capturaron 23 pacientes de las cuales se excluyeron dos por no contar con el expediente clínico.

Las pacientes incluidas contaban con una edad promedio de 51.7 años con un rango de 33 a 78 años; el promedio de gestas, paras, abortos y cesáreas fue de 4.6, 3.8, 0.4 y 0.2 respectivamente con un rango de 1-10 para las gestas, 1-10 para las paras, 0-4 para los abortos y 0-2 para las cesáreas. Cabe mencionar que la única paciente que tuvo un solo parto se usaron fórceps; 5 pacientes con cesárea de las cuales 2 eran sin partos previos y 3 con partos previo. Por lo tanto, el 98% del total de las operadas de cabestrillo eran multíparas con más de dos partos.

De las pacientes estudiadas, 14 (66.6%) se encontraban en etapa de climaterio, 5 (23.8%) se encontraban en periodo perimenopáusicico con sintomatología de hipoestrogenismo y 2 (9.52%) en edad fértil.

Once pacientes (52.38%) tenían antecedente de histerectomía total abdominal, una (4.76%) paciente con histerectomía vaginal reconstructiva.

De las pacientes estudiadas 18 tenían cirugía antiincontinencia previa, de las cuales 6 tenían una sola cirugía, 8 tenían dos y 4 tenían 3 cirugías. Las cirugías previas realizadas son las mencionadas en el cuadro siguiente:

CIRUGIA PREVIA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Colpoplastia + Kelly	11	52.38
Burch	7	33.33
Pereyra	8	38.09

Todas las pacientes anteriores presentaban incontinencia urinaria recidivante, la cual fue la indicación principal de la cirugía de cabestrillo. De estas pacientes 4 presentaron incontinencia urinaria mixta.

Las 3 pacientes restantes no tenían cirugía antiincontinencia previa y la indicación fue uroflujometría con presión uretral baja.

A 12 pacientes se le realizó uroflujometría en las cuales el reporte presión uretral baja, menos de 20 mmH₂O. Siete pacientes tenían cistouretrografía con cadena, siete tenían citoscopia, todas tenían prueba de Q-

tips, además solamente del total de las operadas de cabestrillo 7 tenían prueba de la toalla +.

El seguimiento a seis meses reporto 5 pacientes con buena evolución y así hasta los dos años. Doce pacientes con mala evolución desde el principio, cuatro a las que no continuaron con la vigilancia por no acudir a consulta.

CUADRO No. 1

No. Pac	C + Kelly	Burch	Pereyra	HVR
1		+		
2	+		+	
3		+		
4	+			
5	+		+	
6				+
7		+		
8			+	
9	+		+	
10				
11	+		+	
12	+		+	
13	+	+		
14	++		+	
15	+	+		
16				
17	+	+	+	
18	+	+		
19				
20	+			
21			+	

**CUADRO No. 2
PRUEBAS URODINAMICAS**

No.	CUG	CM	CC	Q-tip	FUM	PPTS
1				0-10		
2	S	NL	S		S	
3	S			0-80		+
4		NL		+60	PB	
5	S	S	S			+
6			S	20-45		+
7						
8		S		0-90		
9	S	S			NL	
10						
11		S				+
12	S	S		10-80		
13	S		S	0-90		-
14	S	S	S	45-90		+
15		S	S	0-15	PB	+
16	S					
17	S	S	S	+30	PB	
18		S		0-80	S	
19	S			+30	PB	+
20	S	S	S	+20		
21				10-50		+

S=SI

NL=Normal

PB=Presión baja

**CUADRO No. 3
SEGUIMIENTO**

No. Paciente	6 meses	12 meses	24 meses
1	Buena	Buena	Buena
2	IVU	IVU	IVU
3	Goteo term	Goteo term	Goteo term
4	Buena	Buena	Buena
5	IU Urgencia	IVU	IVU
6	IVU	IVU	IVU
7	Buena	Buena	Buena
8	IVU	Buena	Buena
9			
10			
11	Retención urinaria	Mala evolución	Mala evolución
12			
13			
14			
15	IUE + IVU	IUE + IVU	IUE + IVU
16	IU Mixta	IU Mixta	IU Mixta
17	Estrangulaci ón uretral		
18	Estrangulaci ón uretral		
19	IVU	IVU	IVU
20	Buena	Buena	Buena
21	IVU	IVU	IVU

IVU: Infección de vías urinarias

IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo.

DISCUSION.

La indicación principal de la cirugía de cabestrillo en nuestro estudio fue incontinencia urinaria recidivante y presión uretral baja, según la literatura revisada nos dimos cuenta que la cirugía de cabestrillo tiene bien determinada que dichas indicaciones son la adecuadas para la realización de la técnica (6).

La técnica utilizada en las pacientes captadas en el estudio es la descrita con cinta de Marlex que reporta la literatura una tasa de curación de 90%, complicaciones de retraso de la micción, y mala cicatrización de la pared anterior sobre el injerto, sin embargo, en el estudio se observo buena evolución en 5 pacientes del total de los casos eso nos da un 23,8 % de curación con la técnica descrita.

En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio se observo que las pacientes que tuvieron buena evolución tenían características muy individuales, la paciente número uno presento buena evolución sin embargo tenía una sola cirugía previa, y únicamente la prueba de Q-tip, la número cuatro tenían una sola cirugía previa, cistometria normal, Q-tip mas de 60 grados, y

uroflojometría con presión uretral baja; la número siete, Burch como única cirugía, y sin pruebas de urodinamia, la ocho cirugía de Pereyra previa, y cistometria y prueba de Q-tip, la veinte colpo mas Kelly como cirugía previa, y cistometria, cistouretrografia, citoscopia, y Q-tip con mas de 20 grados de movilidad uretral. De esta manera nos damos cuenta que la buena evolución de las pacientes no es el resultado de una buena selección que hubo previamente a la cirugía.

En la literatura consultada refiere que el mayor éxito de la cirugía de cabestrillo se obtiene con una selección muy cuidadosa de las pacientes, llevando a cabo todo el protocolo de estudio que se requiere para la indicación del cabestrillo y, además, corregir causas predisponentes o agravantes al padecimiento.

CONCLUSION

La cirugía de cabestrillo para el tratamiento de la incontinencia urinaria recidivante y para la incontinencia por presión uretral baja tiene éxito entre 70 y 90 % en las diferentes técnicas utilizadas, en nuestro estudio se pudo observar que el éxito de la cirugía es bajo en comparación con la literatura en general y concluimos que es debido principalmente que las pacientes seleccionadas para la realización de la técnica no cumplían con un protocolo de estudio completo desde la historia clínica, el examen físico y las pruebas de urodinamia necesarias para diagnosticar con precisión el tipo de incontinencia.

Por lo antes expuesto recomendamos hacer mas estricto en la selección y diagnóstico de la paciente candidata a la cirugía de cabestrillo y una vez obtenido todos los resultados de las pruebas de urodinamia hacer una evaluación integral de cada caso de manera que se mejoraría el éxito de la cirugía y el pronóstico de la paciente.

BIBLIOGRAFIA.

- 1- De la Cruz S I. Evaluación del paciente con incontinencia urinaria. *Gineco Obstet Mex* 1988; 56:5-12.
- 2- Bent A E. Tratamiento de la incontinencia urinaria genuina recurrente. Norton P A. *Incontinencia urinaria. Clin Obstet Gynecol* 1990; 2: 349-56.
- 3- De la Cruz S I. Criterios de selección de técnicas Quirúrgicas en la paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo anatómica. *Gineco Obstet Mex* 1996; 64:219-26.
- 4- Krantz K E. The Anatomy of the uretra and anterior vaginal wall. *Am J Obstet and Gynecol* 1951;62:2-374.
- 5- Stanton SL. Stress Incontinence: Why and How operetion work. *Urol Clin North Am* 1985; 12: 279-96.
- 6- Rodríguez S. Operación de cabestrillo modificada: experiencia institucional. *Gineco Obstet Mex* 1995;63:210-13.
- 7- Neri C. Frecuencia de trastornos de estática pelvigenital en pacientes con incontinencia urinaria. *Gineco Obstet Mex* 1996; 64:193-6.

- 8- Stephen B. The Mersilene mesh sub-urethral sling: A clinical and urodynamic evaluation. Am J Obstet Gynecol 1995;173:1719-26.
- 9- Morgan J E. The Marlex Sling operation for the treatment of recurrent urinary incontinence: A 16 year review. Am J Obstet Gynecol 1985; 151:224-6.
- 10- McClennan M. Clinical and Urodynamic Predictor of Delayed Voiding After Facia Lata Suburethral Sling. Obstet Gynecol 1998;92:608-12.
- 11- Wienberger M W. Postoperative Catheterization, Urinary Retention, and Permanent Voiding Dysfunction After Polytetrafluoethylene Suburethral Sling Placement. Obstet Gynecol 1996;87:50-4.
- 12- Brubaker L. Initial Assessment: The History in Women with pelvic floor problems. Thomas MJ. Practical Urogynecology. Clin Obstet and Gynecol 1998;41:657-62.
- 13- Thomas MJ. Physical Examination and Pretreatment Testing of the Incontinent Woman. Thomas MJ. Practical Urogynecology. Clin Obstet and Gynecol 1998; 41: 663-71.
- 14- Kohli N. Urodynamic Evaluation for Female Urinary incontinence. Thomas MJ. Practical Urogynecology. Clin Obstet and Gynecol. 1998;41:672-90.

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

- 15- Portera JC. Common Operations for Stress Incontinence: Selecting the correct Operation. Thomas MJ. Practical Urogynecology. Clin Obstet and Gynecol. 1998;41:710-18.
- 16- Rovne ES. Why anti-Incontinence Surgery Succeeds or fails. Thomas? MJ. Practical Urogynecology. Clin obstet and Gynecol. 1998;41:719-34.