



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

11562
67



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

*Eficacia Comparativa entre la Colpoplastia Anterior y Uretropexia
Retropubica en Pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en
el Hospital Infantil del Estado de Sonora
Durante el Período 1995 - 1989*

TESIS

Que presenta para obtener el Título de la Especialidad en
Ginecología y Obstetricia

Presenta:

Dr. Jorge Antonio Santiago Inclán Bernal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HERMOSILLO, SONORA, NOVIEMBRE DEL 2001



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

*Eficacia Comparativa entre la Colpoplastia Anterior y Uretropexia
Retropublica en Pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en
el Hospital Infantil del Estado de Sonora
Durante el Período 1995 – 1999*

T E S I S

**Que presenta para obtener el grado de especialidad en
Ginecología y Obstetricia**

Presenta:

Dr. Jorge Antonio Santiago Inclán Bernal

Dr. Felipe Arturo Méndez Velarde
Profesor Titular

R. García
Dr. Ramiro García Álvarez
Director de Enseñanza,
Capacitación e Investigación

N. Cruz
Dr. Norberto Cruz
Director General del Hospital
del Estado de Sonora.

F. Macías
Dr. Francisco Macías del Valle
ASESOR

G. López
Dr. Guillermo López Cervantes
ASESOR ***

Hermosillo, Sonora, Febrero del 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Páginas
Introducción	1
Objetivos	32
Material y Métodos.....	33
Resultados.....	35
Conclusión	49
Bibliografía.....	51

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Objetivo: El propósito de este estudio es comparar la eficacia quirúrgica en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo sometidas a colporrafia anterior o uretropexia retropubica durante el periodo 1995 a 1999 en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, división Ginecoobstetricia.

Material y métodos: Se localizaron expedientes mediante el sistema de computo del archivo clínico de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo tratadas quirúrgicamente durante el periodo antes mencionado, se estudiaron variables demográficas, historia medica y quirúrgica, estado hormonal, procedimiento quirúrgico realizado, cirugías previas realizadas para incontinencia, cirugía concomitante, así como el intervalo entre la cirugía y la recurrencia de la incontinencia; Cada paciente fue entrevistada vía telefónica e interrogada con relación al estado continente actual, se excluyeron del estudio pacientes que no fue posible localizar o que no aceptaron la entrevista.

Resultados: De 132 pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico se excluyeron 27 por no ser posible su localización, resultando un total de 105 de las cuales 85 pacientes fueron manejadas con colporrafia anterior y 20 con uretropexia retropubica tipo burch. El 60% de las colporrafias anteriores y 75% de las uretropexia retropubicas permanecian continentes al momento de la entrevista, el intervalo de recurrencia fue de 2 a 24 meses para colporrafia anterior y 2 a 42 meses para uretropexia retropubica, las mujeres con uretropexia retropubica fueron mas jóvenes y premenopáusicas, el índice de masa corporal fue similar en ambos grupos, la obesidad no fue un factor de mal pronostico quirúrgico, el uso de estrógenos tiene una correlación significativa con el éxito quirúrgico, se realizo cirugía para otros defectos del piso pélvico en el 94% de las pacientes con colporrafia anterior. Las complicaciones en ambos grupos no tuvieron diferencia significativa.

Conclusiones: En este estudio se observo un porcentaje de éxito quirúrgico de 75% para uretropexia retropubica y de 60% para colporrafia anterior basado en un intervalo de seguimiento de 12 a 48 meses, el efecto de la cirugía concomitante, cirugía para incontinencia y obesidad no tuvieron efecto significativo en el éxito quirúrgico, esto no significa que la cirugía vía vaginal deba de abandonarse, sin embargo la combinación de cirugía vaginal y abdominal para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo y alteración de la estática pélvica podría realizarse. Se propone la realización de un estudio prospectivo, con criterios diagnósticos objetivos y a largo plazo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4

DEFINICION

La Sociedad Internacional de continencia define la incontinencia urinaria (I.U.) como la pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable y que ocasiona problema social o higiénico. La prevalencia es difícil y la literatura de cifras que convergen alrededor de un 30 al 50%. Thomas de Gran Bretaña señala un 8.5% más allá de los 60 años. En E.U.A. se reporta del 10 al 25% en mujeres de menos de 65 años y de 15 a 30% más allá de los 60 años. Asimismo se reporta hasta 33% de remisión espontánea la cual es más común en la mujer anciana ya que en ésta puede ser debida a causas transitorias como infección urinaria, medicamentos, depresión, exceso de ingesta de líquidos, inmovilidad o impacto fecal, Como se señala en la definición de I.U. afecta a la persona desde el punto de vista social, higiénico y en sus relaciones cotidianas ya que frecuentemente se aíslan por el temor de causar problemas por el olor desagradable, el uso necesario de toalla sanitaria e inclusive puede afectar su vida sexual.

Etiología

Se describen dos grupos de I.U: intra y extraureteral.

Intraureteral

- a) Incontinencia urinaria de esfuerzo genuina (I.U.E.G.). Es la pérdida involuntaria de orina que se presenta con esfuerzo físico en ausencia de contracción del detrusor. Puede ser causada por la pérdida de soporte

anatómico de la uretra y de la unión uretrovesical lo cual hace que la porción proximal de la uretra se desplace abajo del plano de los músculos pubococógenos quedando así fuera de la zona de presión intraabdominal: de esta manera un aumento súbito de la presión intravesical es mayor que la intraureteral lo que ocasiona la pérdida involuntaria de orina. En el 95% de los casos este defecto anatómico es consecuencia de traumatismo obstétrico o por atrofia de los tejidos por edad avanzada (hipoestrogenismo); en otras es el resultado de cirugías previas efectuadas por corregir defectos de piso pélvico.

La I.U.E.G. también puede ser debida a deficiencia de esfínter uretral, lo que se observa con frecuencia después de cirugía pélvica, suspensión vesicoureteral, o como resultado de enervación de la musculatura pélvica. En algunos caso esto se ha reportado después de parto vaginal por lesión del nervio pudendo.

Los cambios en el sistema genitourinario por hipoestrogenismo postmenopáusico pueden contribuir a la I.U.E.G. por disminución de la vascularidad uretral, atrofia de la mucosa y componentes musculares de la uretra así como del tejido conectivo lo que ocasiona baja de la presión máxima uretral y en consecuencia la pérdida de orina con el aumento súbito de presión intravesical por el esfuerzo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b) **Incontinencia urgencia.** Es la pérdida involuntaria de orina acompañada de deseo intenso y súbito de orinar (urgencia)

Se subdivide en motora, la cual se asocia a contracciones no inhibidas del detrusor, o inestabilidad sensorial en la que no se presentan éstas sino sólo el deseo imperioso de la micción. Cuando se asocia a alteraciones neurológicas (A.V.C. Parkinson, esclerosis múltiple) se denomina hiperreflexia del detrusor.

c) **Incontinencia por rebosamiento.** Es la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede a la presión uretral máxima debido a una elevación de la primera asociada a sobredistensión vesical con o sin actividad del detrusor.

d) **Incontinencia mixta.** Cuando se asocian dos tipos de incontinencia. La más frecuente es la I.U.E.G. y la de urgencia motora, la cual puede presentarse hasta en un 70% de los casos, lo que hay que tener en cuenta para el tratamiento de estas pacientes.

Extrauretral

Lo constituye las fistulas genotourinarias generalmente traumáticas postquirúrgicas o postradioterapia, (ureterovaginal, vesicovaginal y retrovaginal), uréter ectópico, y en casos de divertículo uretral. Estos tipos de incontinencia no serán tratados en el presente capítulo.

Bases Anatomofisiológicas de la Micción en la Mujer.

La vejiga y la uretra, aunque anatómicamente son dos órganos distintos, fisiológicamente se comportan como una unidad que tiene como finalidad las dos funciones primordiales de ambos órganos: el almacenamiento de la orina (continencia) y su transporte hacia el exterior (micción). Para lograr lo anterior interactúan en ambos órganos una serie de aspectos morfológicos, fisiológicos y farmacológicos bajo el control del sistema nervioso. La vejiga es un órgano hueco único, situado en la porción inferior anterior de la pelvis adelante del útero y del recto que se continúa con la uretra hacia abajo y adelante y por medio de ésta se comunica al exterior. Tiene en la mujer adulta una capacidad de 450 – 500ml; el músculo que conforma sus paredes es un músculo liso muy especial, denominado detrusor, que le permite incrementar su volumen hasta las capacidades ya mencionadas, sin aumentar la presión intravesical, permitiéndole a la vejiga actuar como una esfera hueca de calidad viscoelástica y de conducta pasiva.

La uretra femenina es un conducto de 35 a 40 mm de longitud y de 7 a 8mm de diámetro que tiene características morfológicas muy interesantes en primer lugar, no cuenta con un esfínter anatómico como tal, aunque si lo tenga en forma fisiológica. Esto se logra gracias a que en condiciones basales la presión intraureteral es mayor que la presión dentro de la vejiga, es decir existe un

gradiente de presión favorable a la uretra, lo cual favorece la continencia. La presión de la uretra se logra en un tercio por factores que podemos denominar como mucosos que incluyen la captación de los pliegues del epitelio plano estratificado así como de la turgencia de un rico plexo venoso que se sitúa en la porción submucosa de la uretra; ambos son estrógenos dependientes. Otro tercio de la presión intrauretral lo da el tono ejercido por la musculatura lisa uretral en sus disposiciones longitudinales y circulares. El músculo liso responde como veremos adelante a la intervención alfaadrenérgica incrementando el tono. El tercio restante de la presión uretral lo da la musculatura estriada periuretral que rodea a la uretra femenina en el 80% de su longitud y que al ser estriada, es voluntaria y susceptible de hipertrofiarse con el ejercicio físicos. Lo anterior nos permite incrementar medicamente la presión intraluminal de la uretra con estrógenos, fármacos alfaagnoistas y ejercicios perineales, como se mencionará en otro capítulo.

La situación anatómica de la uretra es primordial para lograr la continencia ya que mientras se sitúe en forma intraabdominal (es decir que los ligamentos que la mantienen en forma retropúbica sean lo suficiente eficaces para evitar que durante el esfuerzo físico la uretra proximal se bascule y salga por debajo del plano de los elevadores del ano), los incrementos de presión intraabdominal se transmiten por igual a todas sus vísceras y así el gradiente de presión a favor de

la uretra mencionando con anterioridad hará posible la continencia urinaria al mantener en la uretra una presión mayor que la vejiga.

El control nervioso de vejiga y uretra se origina desde los lóbulos frontales, pasando por los ganglios basales, núcleo pontino y el cerebelo y de aquí las vías nerviosas corren por la médula espinal derivándose tres tipos de intervenciones motoras: 1) Simpática, que se origina a nivel de las metámeras T10 a L2 y que corre por los nervios hipogástricos originando dos tipos de receptores; los alfa que se sitúan predominantemente en la uretra, cuello vesical y el trigono y cuyo estímulo produce aumento de la presión uretral; y la beta que se sitúan en el cuerpo de la vejiga y cuyo estímulo relaja al músculo detrusor. 2) Parasimpática: se origina a nivel de las metámeras sacras 2,3, y 4 corre por los nervios pélvicos y se distribuye en el cuerpo, trigono, uretra y su efecto primordial es la contracción del detrusor. 3) Somática: se origina en las metámeras S2-S4 y corre por los nervios pudendos cuya intervención final es en la musculatura estriada del piso pélvico y la periuretral. La intervención sensorial de la vejiga es de dos tipos, la percibe el estiramiento y la contracción (la plenitud o no vesical), y la que percibe dolor y temperatura.

A continuación se describe brevemente lo que sucede durante las fases de almacenamiento y vaciado vésico-uretral.

Fase de Almacenamiento

La distensión vesical provocada por la caída de orina proveniente de los riñones produce una descarga aferente nerviosa sensorial, la cual hace sinapsis con el nervio pudendo a nivel sacro el que responde con una respuesta motora manifestada como una contracción de la musculatura estriada periuretral. La integridad de este arco reflejo lo valoramos en clínica realizndo los siguientes reflejos: a) bulbo cavernoso, que consiste en dar una pequeña compresión digital al clítoris y observar si se produce una contracción refleja del esfínter anal. B) Anal superficial: se estimulan las márgenes del ano y se produce una contracción refleja del ano. C) Reflejo de la tos: se hace tacto rectal y se pide a la paciente que tosa y se percibe en el dedo explorador la contracción anal. Simultáneamente se producen descargas simpáticas motoras que producen por el estímulo alfa contracción del músculo liso uretral y por efecto beta relajación del músculo liso uretral y por efecto beta relajación del músculo detrusor en forma directa, y en forma indirecta por que el estímulo simpático produce inhibición en la transmisión protganglionar parasimpática, lo que logra que durante el llenado vesical la presión dentro de la uretra sea mayor que en la vejiga, además de que este portano mantenga durante l llenado presiones bajas hasta el final del mismo. La importancia de mantener una baja presión intravesical durante el llenado, radica en que de esta forma se permite el drenaje de la orina proveniente

de los riñones y por otro se evita la presencia de síntomas como frecuencia y urgencia de síntomas como frecuencia y urgencia urinaria. Si adicionalmente, ambos órganos se sitúan intraabdominalmente, como normalmente se encuentran, cualquier aumento en la presión intraabdominal se transmitirá en igual porción a la vejiga y uretra proximal, lo cual mantendrá una presión mayor en la uretra que en la vejiga y por ende la continencia urinaria. Lo contrario sucede en la incontinencia urinaria de esfuerzo en donde la uretra proximal se bascula y desciende con los esfuerzos saliéndose de la cavidad abdominal; esto provoca que la presión aumente sólo en la vejiga y no en la uretra, invirtiéndose así el gradiente de presión a favor de la uretra y manifestándose la incontinencia. Existen también otras situaciones en donde sí se afectan las propiedades fibroelásticas del detrusor como puede ser una vejiga radiada o tuberculosa en donde el tejido se torna más fibroso que elástico o en casos de incontinencias de urgencia en donde el músculo detrusor se hipertrofia haciéndose más gruesa la pared vesical; Esto disminuirá la capacidad vesical manifestándose urgencia y frecuencia urinaria. Si tomamos en cuenta que el equilibrio entre la tensión parietal y la presión intravesical se rige por la ley de Laplace, que menciona que en las esferas la tensión es directamente proporcional al producto de la presión por el radio e inversamente proporcional a doble de espesor, Lo anterior nos explica aquellos casos en donde los mecanismos esfínterianos están intactos y

sin embargo, la presión intravesical excede a la uretral, manifestándose otros tipos de incontinencia urinaria.

Fase de Vaciamiento

La micción es un acto voluntario y placenterio, que involucra una serie de reflejos coordinados que producen una relajación uretral al tiempo que hay una contracción sostenida del detrusor hasta que se completa la vejiga. Cuando la vejiga se llena aproximadamente a la mitad de su capacidad (200-250ml) se experimenta el primer deseo de micción, el cual es inhibido en forma voluntaria hasta que la mujer se encuentre en un lugar socialmente apto para la micción. Al llegar a los 450 o 500ml de capacidad vesical se produce un estímulo sensitivo aferente a que viaja por el nervio pélvico, y asciende por la médula espinal, hace sinapsis en el núcleo pontino de la micción y termina el impulso en el lóbulo frontal en donde se origina la vía eferente que tiene tres efectos primordiales; 1) La inhibición del impulso simpático lo cual al inhibir el estímulo alfa relaja el músculo liso uretral y el cuello vesical lo que favorece la apertura de este último y la inhibición betaadrenérgica que contrae al músculo detrusor indirectamente al permitir la transmisión postnaglionar parasimpática que viaja por el nervio pélvico. Dicho estímulo parasimpático producirá la contracción sostenida del detrusor. En el estudio urodinámico de vaciado se observa incremento en la presión vesical (detrusor solo o con prensa abdominal), silencio

electrosomiográfico del esfínter, disminución en la presión uretral y aparición de curva de flujo urinario.

Existen ciertas alteraciones en la micción que pueden originarse por: a) alteración en la contractilidad del detrusor como sería una disminución (hiporreflexia) o ausencia de contractilidad (arreflexia) cuya causa puede ser miógena o neurógena. B) Falta de sinergismo entre el detrusor y el esfínter, es decir que el esfínter se contraiga al mismo tiempo que el detrusor, ocasionando obstrucción a la salida de la orina y puede ir en grados progresivos; Grado I: Contracción del esfínter al inicio de la micción. Grado II: contracción alternando con relajación durante la contracción del detrusor. Grado III: contracción ininterrumpida del esfínter. Lo anterior se conoce como disinergia detrusor esfínter y en grados avanzados puede (cuadro 1) condiciona reflujo vesicouretral y llevar a la enferma insuficiencia renal.

Vemos así como al llegar el momento adecuado para la micción se produce una contracción sostenida del detrusor con una relajación simultánea del esfínter (fisiológico) uretral hasta que se completa el vaciamiento vesical, en la mujer es válido que emplee durante la micción la contracción de los músculos abdominales lo cual coadyuva a que el incremento en la presión abdominal se transmita hacia la vejiga para favorecer el vaciamiento. Además es común observar en la mujer que postergue el tiempo de micción debido a ciertos vicios

educativos en donde se les enseña en la infancia que únicamente debe miccionar en su casa y esta conducta a largo plazo producirá vejigas de gran capacidad y de poca fuerza contráctil.

Por último, existen una serie de reflejos descritos por Malhoney (Cuadro 1) que favorecen el almacenamiento, el inicio de la micción la contracción del detrusor y la relajación del esfínter, así como al terminación de la micción, lo cual nos hace comprender como la micción es un acto complejo, que en algunas épocas de la vida es autónoma y que se convierte en un acto volitivo.

Estudio clínico de la paciente con incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria en la mujer es una situación bastante frecuente y no es necesariamente anormal, cuando es transitoria. En la medida que evoluciona para constituirse en un problema

De manera general la incontinencia urinaria ser ocasionada por: Disminución de la resistencia uretral (incontinencia de esfuerzo anatómico, 2) Incremento inadecuado de la presión vesical (inestabilidad del detrusor) o 3) Desviación anatómica de la resistencia uretral (fístula, divertículo o uréter ectópico). Las dos primeras situaciones son las más frecuentes y en ocasiones pueden coexistir generándose la llamada “incontinencia mixta”.

Por tratarse de una patología en la que nos es posible garantizar un 100% de éxito en su tratamiento es aconsejable que el estudio sea realizado por personal entrenado y si es posible, en un centro urogenicológico que cuente con flujograma que permita que a cada paciente específica, se le realice las indagaciones diagnósticas correspondientes.

De acuerdo a los diversos autores se estima que tres cuartas partes de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo pueden ser diagnosticadas adecuadamente en el consultorio y que 25% requerirá de estudios uridonámicos o de otro tipo.

Siguiendo una secuencia lógica, desde el punto de vista clínico los puntos a considerar en el abordaje diagnóstico de la paciente incontinente son los siguientes: a) Interrogatorio, b) Investigación de colonización microbiana de la orina, c) Exploración física, d) Medición de orina residual, e) Uretrocistoscopia y f) Cistometría simple.

Estudio clínico de la Paciente con Incontinencia Urinaria

La incontinencia urinaria en la mujer es una situación bastante frecuente y no es necesariamente anormal, cuando es transitoria. En la media que evoluciona para constituirse en un problema higiénico o social es cuando se considera patológica y requiere de estudio y tratamiento.

De una manera general, la incontinencia urinaria puede ser ocasionada por: 1) disminución

Interrogatorio. Cuestionario Urológico y Diario de la Micción

El cuestionario, redactado en términos sencillos, puede guiar al médico con respecto a la causa posible e intensidad subjetiva de los síntomas pero nunca podrá establecer el diagnóstico definitivo. Los síntomas de urgencia, polaquiuria y nicturia pueden orientar hacia uretritis o síndrome uretral en los cuales la vejiga reacciona a los abundantes impulsos sensitivos que proviene de la uretra.

El diario de la micción es un método sencillo en el que la persona consigna los datos de la micción de 24 horas, se registran los ingresos y el volumen expulsado, de manera que al hacer una suma de la orina emitida en 254 horas, el ginecólogo tiene una idea acerca de las molestias de urgencia, polaquiuria y nicturia: así mismo permite identificar a primera vista datos que pudieran corresponder a inestabilidad del detrusor y que realmente son respuestas fisiológicas de la vejiga normal a la polidipsia y poliuria.

Otros datos importantes que debe considerarse son: edad, tipo de incontinencia, patología sistémica concomitante, medicación empleada y datos de sintomatología mixta.

En pacientes premenopáusicas, en edad reproductiva y multíparas la etiología más frecuente es por desplazamiento de la unión uretro-vesical con mecanismo

esfínteriano conservando. Por el contrario en mujeres postmenopáusicas o de la tercera edad es necesario considerar: privación estrogénica, inestabilidad del detrusor, incontinencia mixta o disminución de la presión uretral.

Es necesario discernir entre la mujer con incontinencia primaria y la que ya ha sido sometida a algún tipo de cistouropexia, en cuyo caso es mandatoria la utilización de todo el arsenal diagnóstico incluyendo las pruebas urodinámicas.

Enfermedades como: diabetes mellitus, litiasis de vías urinarias, parkinson, hipertensión arterial, neumatía crónica, esclerosis múltiple, lesión de columna, etc. Pueden alterar los circuitos de la micción, provocar reflejos aferentes provenientes de la vejiga o incrementar la presión intraabdominal y de esta manera hacer más acentuado el proceso.

Es sumamente importante indagar el tipo de fármacos que está utilizando la paciente ya que es sabido que entre los efectos secundarios pueden alterar el funcionamiento de la vejiga y uretra. Contrayéndolas o relajándolas y aumentando o disminuyendo la presión de estos órganos., En algunos casos hasta con substituir una sustancia bloqueadora alfa antihipertensiva por otra de mecanismo distinto para que se termine el problema urinario.

En casos que coexisten síntomas de pérdida urinaria con esfuerzo y datos de inestabilidad del detrusor, es imperativo el empleo de pruebas urodinámicas.

Investigación de colonización de la orina

Debe destacarse que antes de efectuar cualquier tipo de exploración, es prudente contar con el urocultivo o en su defecto se puede realizar prueba rápida de detección con tira reactiva investigándose: nitritos, estearsa de leucocitos, pH, hematuria, etc. En caso de positividad se indicará tratamiento correspondiente debiéndose recordarse que el germen más frecuente es E. coli y que su endotoxina tiene propiedades bloqueadoras alfa adrenérgicas lo cual puede disminuir la presión uretral y ocasionar pérdida urinaria.

Exploración Física

Debe estar orientada a la búsqueda de:

1. Datos de prolapso genital, aunque no necesariamente la presencia de cistocele denota suspensión inadecuada de la unión uretrovesical.
2. Corroboración del signo de pérdida urinaria mediante la prueba de esfuerzo. Debe hacerse con vejiga llena y de preferencia con la paciente de pie. En caso de que no se objetivice la pérdida urinaria, se indica prueba de peso de la toalla sanitaria.
3. Datos de atrofia genital que indirectamente nos orientará sobre el estado hormonal de la paciente.
4. Patología uterina o anexial que pueden ser corregidas en el mismo acto quirúrgico.

5. Valoración neurológica. Mediante pruebas sencillas que no indique la integridad del centro de la micción inferior, situado a nivel de los segmentos S₂ a S₄ ya que la incontinencia puede ser secundaria a lesiones del sistema nervioso central.
6. Prueba del hisópo. Se introdujo en 1971 para valorar el sostén anatómico de la unión uretrovesical. Es necesario destacar que la positividad de la prueba no es diagnóstica de incontinencia genuina de esfuerzo, pero está presente en casi todas las mujeres con este problema que no han sido operadas.

Uretrocistoscopia y medición de orina residual

La endoscopia con un uretrocistoscopio de O° es una técnica sencilla y rápida para efectuarse en el consultorio y que debe ser realizada sistemáticamente por el urogencólogo. Se practica con un instrumento fino (18 a 22 FF de diámetro) sin anestesia local, utilizando agua o CO₂ como medios de distensión, con la paciente en decúbito dorsal después de haber orinado; una vez que se ha introducido la “camisa” puede medirse el volumen de orina residual de la que dreña a través del uretroscopio; cantidades mayores a 100ml harán sospechar continencia por rebosamiento.

Debe inspeccionarse cuidadosamente la vejiga y la uretra en busca de; cistitis intersticial (petequias hemorrágicas), uretitis (mucosa uretral roja edematosa), unión uretrovesical (pólipos mucosos o sin ellos) o divertículos uretrales. Las

dos primeras entidades pueden remedar a la inestabilidad del detrusor y los divertículos a la incontinencia genuina. Posteriormente, con el uretoscopio colocado a 1cm de la unión uretrovesical se pide a la paciente que retenga la orina; en caso de haber un nervio pudendo intacto y la uretra plegable, la paciente podrá obturar la unión uretrovesical; en caso contrario deberá sospechar neuropatía periférica o uretra fibrótica.

Para finalizar el estudio se le solicita a la mujer que efectúe maniobra de Valsava, con la cual la unión uretrovesical se cerrará en caso de que la uretra tenga buenos medios de sostén y sea suficiente o bien se abrirá si el esfínter uretral es insuficiente.

A pesar de la utilidad del procedimiento, no basta por si solo para integrar el diagnóstico de incontinencia genuina ya que se ha encontrado pacientes con unión uretrovesical abierta en la prueba diagnóstica y que son continentes.

Cistometria simple

La cistometria debe ser parte integral de la valoración de las vías urinarias ya que permite al médico diferenciar entre la inestabilidad del detrusor y la incontinencia anatómica.

La cistometría simple de un solo “canal” puede ser realizada en el consultorio del ginecólogo, debiéndose prestar atención a las contracciones periódicas de la pared abdominal (Valsalva) que pueden simular contracciones vesicales. Este

método es fiable en caso de detrusor estable, de otro modo habrá que realizar valoración urodinámica “multicanal”.

En resumen, con las pruebas señaladas se obtendrán los datos aquellos casos de incontinencia genuina de esfuerzo. Se en listan los criterios para enviar a la paciente a estudios complementarios ya sea urodinámicos o de otra índole.

Urodinamia Multicanal

La evaluación clínica de los pacientes que sufren incontinencia urinaria es útil porque permite conocer una serie de datos de gran importancia para calificar la magnitud del problema; sus características de presentación, severidad, repercusiones psicosociales del mismo, presencia o no de prolapso de la unión uretrovesical, relajación pélvica asociada, etc. Esta información será de gran valor en el manejo médico y/o quirúrgico de cada caso en particular, sin embargo, la clínica es poco confiable para elaborar un diagnóstico preciso. Un meta-análisis reciente de 19 artículos relacionados, reveló que el síntoma incontinencia urinaria de esfuerzo, tiene una sensibilidad de 91% pero una especificidad de solo 51% par detectar incontinencia genuina de esfuerzo; esto significa que sólo la mitad de los paciente que sufren el síntoma incontinencia urinaria de esfuerzo, padecen realmente la condición incontinencia genuina de esfuerzo (I.G.E.).

En el momento presente hay un acuerdo general en cuanto a la urodinámica, como método diagnóstico confiable, de las diversas variedades de incontinencia urinaria. La *International Continence Society* (I.C.S.) que es el órgano internacionalmente aceptado para reglamentar el estudio y establecer la terminología de las diversas entidades patológicas del aparato urinario inferior femenino, incluye en las definiciones de caso todas las variedades de incontinencia urinaria, términos o características que solo pueden obtenerse a través de estudios urodinámicos multicanal.

Diagnóstico de los Diversos Tipos de Incontinencia Urinaria en la Mujer.

El diagnóstico de los diversos tipo de incontinencia urinaria en la mujer, se logra en base a un estudio lo ordenado y sistemático. Los avances tecnológicos, específicamente la urodinamia multicanal, permiten no sólo precisar la función alterada (almacenamiento y/o vaciamiento), sino también sugerir un manejo específico. No existe ninguna prueba o signo “patognomónico” que ayude a precisar con exactitud el diagnóstico.

Las causas de incontinencia urinaria son múltiples, no sólo asociadas a eventos obstétricos o a estados de hipoestrogenismo, sino también relacionarse a la ingesta de ciertos medicamentos o ser la primera manifestación de un problema neurológico, como sucede en algunos casos de esclerosis múltiple, de ahí que la

historia clínica y la exploración física deben ser completas, no solo concretarse a la esfera ginecológica, No es posible, mediante el cuestionario urológico, determinar la causa de la incontinencia. Su utilidad radica en que nos reflejará el grado de severidad del problema y nos orientará hacia donde dirigir nuestra investigación. Un cultivo de orina negativo es primordial antes de iniciar la investigación invasivos pueden agudizar las molestias en presencia de infección. El examen neurológico que comprende: reflejo patelar, reflejo bulbocavernoso y la prueba de "pica-toca", aunado a la medición de orina residual (normal = menos de 30ml), nos muestran integridad del arco reflejo sacro y la normalidad de estas pruebas prácticamente nos asegura ausencia de problema neurológico como causante de incontinencia urinaria.

La prueba de esfuerzo, con la paciente de pie, previa instalación vesical hasta la sensación de plenitud, siguen estudio de utilidad. En problemas de soporte anatómico (IUGE), la pérdida de orina será en poca cantidad y en forma sincrónica con el esfuerzo; en la inestabilidad vesical, la pérdida aparece unos segundos después del esfuerzo, acompañándose de un deseo imperioso de micción y la cantidad de orina que se pierde es mayor. La prueba de Bonney no es confiable por el alto índice de falsas positivas. De igual importancia es catalogar el grado de relajación pélvica coexistente, detallando el tipo de defecto

encontrado y los compartimentos afectados de acuerdo a las clasificaciones vigentes en la actualidad.

La motilidad del cuello vesical se puede apreciar mediante varias maneras (prueba de hisopo (Q-tip)), uroscopia dinámica con lente con ángulo 0°, uretrocistografía con cadena o con ultrasonido transperineal o endovaginal. Una paciente con pérdida de orina sincrónica con el esfuerzo, sin otro síntoma urológico agregado, con residuos urinarios normales u con buena movilidad del cuello vesical tiene una probabilidad del 80-90% de tratarse de IUGE.

El diagnóstico de inestabilidad vesical se logra mediante una cistometría de llenado, con la paciente de pie, empleando maniobras provocadas (tosar, brincar, escuchar u observar el chorro del agua), observándose contracciones involuntarias del detrusor estable en el momento de la prueba y nos descarta inestabilidad vesical. Se puede emplear un aditamento vaginal ambulatorio que monitorea el comportamiento del detrusor por lapsos más prolongados efectuando la paciente sus labores cotidianas. La prueba del “pad” nos cuantifica la pérdida urinaria mas no proporciona el diagnóstico.

En ciertos casos será posible demostrar objetiva y clínicamente IUGE y la paciente puede presentar síntomas urológicos poco usuales. Estos casos se verán beneficiados con una investigación urodinámica que incluya: uroflujometría, de utilidad en detectar problemas de vaciamiento vesical, y el perfil de presión

uretral, el empleo de microtransductores localizados simultáneamente dentro de vejiga y en el trayecto uretral, permite evaluar la transmisión de la presión de la cavidad abdominal hacia la uretra y registrar la capacidad de ésta de mantenerse cerrada durante el esfuerzo. Es precisamente cuando la presión intravesical excede la presión intrauretral al esfuerzo, la condición *sinequa non* para establecer el diagnóstico de IUGE. Esto solo puede comprobarse con la ayuda de la urodinamia.

Podemos incluir que la “complejidad” de la investigación dependerá precisamente de la complejidad del cuadro que la paciente presente. Es importante comprender que en la medida que efectuemos una investigación completa, más posibilidades tendremos de precisar el diagnóstico y ofrecer un manejo congruente a los hallazgos; y a la inversa, el limitar la investigación sólo conduce a mayores fallas en el diagnóstico y por ende tratamiento erróneos. Actuar de esta manera es hacer medicina de “intuiciones”, la cual no es válida en la actualidad.

Tratamiento

Básicamente consiste en modificar el hábito o conducta en relación a la micción, el tratamiento farmacológico y la terapéutica quirúrgica. En los pacientes con I.U.E.G. pueden aplicarse cualquiera de ellos, en cambio en incontinencia de urgencia responden a los dos primeros. En general el tratamiento quirúrgico debe

efectuarse en aquellos casos en los que se ha fracasado con el manejo conservador.

A) En toda paciente incontinente debe disminuirse la ingesta de líquidos, evitar la cafeína e instruirla a orinar en forma regular a intervalos adecuados de acuerdo al diario miccional. Como medida paliativa también se recomienda el uso de toalla sanitaria o pañal para adulto de acuerdo a la severidad del problema no obstante la pérdida de orina puede dar problema de irritación de la piel pero puede ayudar mientras se efectúe tratamiento mas adecuado o definitivo. Lo mismo puede aceptarse en relación al autocateterismo en caso de incontinencia por rebosamiento, que se preferible al catéter continuo que está indicado mas bien en casos de retención urinaria de corta duración (menos de dos a cuatro semanas).

B) Tratamiento médico. Estrategia sobre conducta de la micción. Incluye la reeducación vesical; lo principal es que se entienda el mecanismo tanto de continencia como de incontinencia y el patrón normal y anormal de la micción y mantener un estricto programa de micción. Esta técnica tiende a reestablecer la inhibición cortical del reflejo de llenado vesical que está pedido en pacientes con inestabilidad del detrusor. El diario miccional es una guía para establecer el programa que se inicia con intervalos menores o más frecuentes a los que presenta el episodio de incontinencia; la paciente debe

orinar regularmente tenga o no urgencia. También se le instruye a que ignore omitir deseos de orinar ya sea por distensión o por técnicas de relajación. Debe de llevar una hoja anotando todo lo indicado (intervalo, urgencia, etc.) y aproximadamente y de acuerdo a la evolución se cambiará cada dos días alargando el período intermiccional 15 a 30 minutos hasta lograr que se efectúe cada dos a tres horas. El éxito depende en mucho de la motivación tanto de la paciente como del médico, en ocasiones es hasta de un 80% aproximadamente.

- C) Ejercicios de músculos del piso pélvico (KEGEL). La contracción voluntaria del pubococcígeo mejora el tono de la musculatura estriada uretral y el control de la orina hasta en 70% de pacientes. El éxito depende de la habilidad de la paciente para efectuar estos ejercicios
- D) La forma de instruir se inicia desde la exploración ginecológica; al introducir los dedos índice y medio en la vagina, se le ordena que contraiga su piso pélvico (pubococcígeo) o que apriete los dedos; una forma más sencilla es decir “que corten el chorro de la orina”, esto es fácilmente entendible y permite evaluar el tono muscular (*biofeedback*). Los ejercicios se deberán realizar varias veces al día (al menos diez minutos por la mañana) así como a un bloqueo propioceptivo sistemático adaptado a los actos de la vida cotidiana.

E) Técnicas de retroalimentación biológica o retrocontrol sensorial (*biofeedback*). Es una forma de enseñanza o de reeducación en la cual la paciente recibe una información posterior con respecto a una actividad fisiológica inconciente o mal percibida, Pueden emplearse dispositivos más comunes son los vaginales (perineómetro o simples tubos pyrex de diferentes diámetros); la movilización de los tubos por la contracción de los elevadores permite controlar su eficacia; se recomiendan dos sesiones semanales. También se pueden utilizar conos intravaginales de material sintético. semejantes a pequeños tapones vaginales, disponibles en una gama de pesos diferentes (18 a 90g); se elige el peso máximo que permita su mantenimiento en la vagina. La tonicidad de los elevadores se opone a su deslizamiento hacia abajo en posición ortostática. El "stop-test", que consiste en interrumpir voluntariamente la micción, no debe recomendarse como un ejercicio sistemático de reeducación debido al riesgo de crear una disinergia o de favorecer un residuo postmiccional; no obstante, podrá realizarse de vez en cuando considerándolo como un aprueba global (pero aproximada) de la eficacia del sistema cierre.

La estimulación eléctrica se efectúa con electrodo transrectal o vaginal, en sesiones de 15 a 20 minutos, dos veces por semana; el estímulo eléctrico provoca la contracción de los músculos del piso pélvico incluyendo las fibras

estriadas dependientes del nervio pudiendo; adicionalmente inhibe la contracción del detrusor

Farmacoterapia

En general los medicamentos que se prescriben van a actuar inhibiendo un detrusor hiperactivo (incontinencia de urgencia) o aumentando el tono intrínseco uretral en pacientes con I.U.G.E.

Anticolinérgicos

Los anticolinérgicos (anmuscarínicos) antagonizan la estimulación de los receptores colinérgicos parasimpáticos postganglionares en el músculo vesical, inducida por la acetilcolina. El efecto no es completo, porque también existen receptores no colinérgicos. Entre los efectos adversos están la boca seca, visión borrosa, somnolencia y estreñimiento. El único fármaco que se utiliza en esta categoría es el bromuro de propantelina y a menudo se le utiliza en dosis pequeñas. Se ha observado que es eficaz en dosis de 30 a 60 mg cuatro veces al día. El principal problema de la propantelina es que el nivel terapéutico se alcanza a menudo con intensificación de los efectos adversos. Están contraindicados en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho y deben usarse cuidadosamente en casos de problemas cardiovasculares. Puede también combinarse en pequeñas dosis con otro tipo de medicamento para obtener mejores resultados.

Relajantes musculotrópicos

Los antiespasmódicos (relajantes musculotrópicos) son depresores de acción directa en músculo liso. El principal producto de este grupo es el cloruro de oxibutinina (Ditropan), que posee también propiedades anticolinérgicas moderada y acción musculotrópica. Los efectos adversos son esencialmente anticolinérgicos. El clorhidrato de dicitlomina (Bentyl) posee propiedades musculotrópica y anticolinérgica y casi todos los efectos anticolinérgicos. El clorhidrato de flavoxato tiene propiedades musculotrópica y analgésica local y escasos efectos adversos. La tasa de respuesta es de 63% con ditropan y el índice es semejante con el clorhidrato de dicitlomina.

Antagonistas del calcio

Los antagonistas del calcio bloquean la penetración de dicho mineral en los mitocondrios de detrusor o bloquean la liberación de calcio intracelular. Los productos anteriores no han sido aprobados para su uso en Estados Unidos. La nifedipina tiene respuesta subjetiva adecuada, pero no se cuenta con estudios de ella a largo plazo. La terodilina tiene propiedades antagonistas de calcio y anticolinérgica, son escasos sus efectos adversos, aunque numerosos los problemas potenciales en relación con su mecanismo de acción. Con el producto se logra una mejoría subjetiva mayor de 80%, aunque no hay correlación con parámetros objetivos.

Antidepresivos tricíclicos

El clorhidrato de imipramina a dosis de 50 a 150 mg diarios es útil en casos de incontinencia mixta. I.U.G.E. y urgencia, por sus propiedades alfaadrenérgicas y anticolinérgicas. Debe usarse con prudencia en pacientes ancianas ya que puede ocasionar hipertensión e hipotensión ortostática. El resto de efectos colaterales son los mencionados por su acción anticolinérgica.

Estimulantes Alfaadrenérgicos

La fenilpropanolamina (75 a 150mg) puede mejorar el control de orina en pacientes con moderada I.U.G.E. Pueden causar náusea, insomnio, sequedad de boca y deben ser usados con precaución en casos de hipertensión, arritmia cardiaca e insuficiencia coronaria.

Estrógenos

Se recomiendan en mujeres postmenopáusicas tanto en I.U.G.E. como urgencia. Mejoran el tono uretral por su efecto en el urotelio, plexo vascular submucoso y tejido colágeno, mejora la respuesta contráctil del músculo liso uretral e incrementa el radio de transmisión de la presión vesical. La administración intravaginal puede disminuir efectos colaterales y evita el suministro de progestágenos. Se aplican tres veces por semana durante 10 a 12 semanas y se continúan una vez por semana por tiempo necesario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tratamiento Quirúrgico

Como anotamos previamente el tratamiento quirúrgico sólo debe efectuarse en pacientes con I.U.G.E. que declinan o no mejoran con tratamiento conservador y que hayan completado plan de maternidad. Hay múltiples técnicas: sin embargo pueden dividirse en dos:

1. Técnicas que restauran el soporte anatómico de la uretra proximal y la unión uretrovesical en donde hay hipermovilidad o prolapso y esfínter uretral normal.
2. Procedimientos que corrigen la debilidad del esfínter uretral.

En todo caso deben identificarse las alteraciones del piso pélvico para proporcionar tratamientos integral y prevenir alteraciones anatómicas que pudieran causar prolapso post-operatorio. Aquellas pacientes que además de I.U.G.E. sean portadoras de patologías uterina o anexial que requieran laparotomía deben de tratarse en el mismo tiempo quirúrgico y preferentemente por la misma vía.

Las operaciones para corregir el prolapso o hipermovilidad uretral incluyen la colporraxia anterior, uretropexia retropúbica (Burch, Tanagho) y procedimientos de aguja (Pereyra, Stamey, Raz). La primera de ellas es la bien concordia técnica de Lelley-Kennedy; sin embargo numerosos estudios muestran un alto índice de recidiva por no proveer un adecuado sostén a la uretra próximal y cuello vesical.

Con las técnicas de aguja i suspensión suprapúbica el éxito que se obtiene alcanza de 70 a 90% a dos años con control urodinámico pre y postoperatorio.

Recientemente las técnicas de reparación de defectos paravaginales para corregir el desprendimiento lateral de la fascia con cistocele el I.U.G.E. han cobrado gran interés. En ellas se sutura la fascia al arco tendinoso ya sea por vía abdominal o vaginal lo que restaura la anatomía funcional de uretra y cuello vesical.

Las técnicas de cabestrillo pueden efectuarse con tejido homólogo (fascia lata, mucosa vaginal, aponeurosis de recto anterior del abdomen) o heterólogo (marlex, gorotex) de acuerdo a la experiencia en cada una de ellas. Están indicadas principalmente en pacientes con hipermortilidad uretral y presión de cierre uretral menor de 20cm de algun como en algunos casos de uretra rígida. El porcentaje de curación con la operación de cabestrillo es de 70 a 90%; sin embargo son más frecuentes las complicaciones de retención urinaria o problemas de micción, infección urinaria y rechazo del material empleado.

Las inyecciones periuretrales de colágeno están indicadas en pacientes con buen soporte uretral pero con pobre funcionamiento del esfínter intrínseco en donde el éxito se reporta hasta en 90% de curación.

El esfínter artificial está indicado en caso de disfunción severa del esfínter intrínseco y uretra rígida y debe ser aplicado por especialistas en el procedimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se muestra el flujograma propuesto por ostergarden 1992 y al que con mínimas modificaciones nosotros hemos encontrado de utilidad para seleccionar el procedimiento quirúrgico para I.U.G.E.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO

Objetivo General:

El propósito de este estudio es comparar el éxito de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo quienes fueron tratadas ya sea con colporrafia anterior o uretropexia retropubica.

Objetivos Específicos:

- Determinar la morbilidad en la casuística del hospital con respecto a los procedimientos quirúrgicos a estudiar.
- Determinar la recidiva del problema de incontinencia urinaria en las pacientes atendidas en nuestra institución, así mismo determinar el período que cursó continente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

Se localizaron los expedientes mediante el sistema de computo del archivo clínico de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo tratadas con colpografía anterior o uretropexia retropública durante el periodo junio 1995 a diciembre de 1999 con un rango de seguimiento de 12 a 48 meses, en el Hospital Infantil del Estado de Sonora división ginecología.

Se estudiaron variables demográficas, historia médica y quirúrgica, estado hormonal, procedimiento quirúrgico realizado, cirugía concomitante para reparación de piso pélvico o histerectomía, cirugías previas realizadas para incontinencia, duración de cateterismo uretral postoperatorio.

Cada paciente fue entrevistado personalmente vía telefónica e interrogada con relación al estado continente actual.

Se documentó el intervalo entre la cirugía y la recurrencia de incontinencia, tomándose como éxito en el tratamiento pacientes con resolución de la incontinencia, y falla en el tratamiento pacientes con recurrencia de incontinencia urinaria sin importar la severidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Todas las pacientes presentaban perdida involuntaria de orina durante el esfuerzo fisico, la evaluación preoperatoria incluyo un examen general de orina con urocultivo para excluir factores que pudieran influir en la incontinencia urinaria. Durante el examen físico se realizo examen pélvico en busca de alteración en la estática pélvica, se realizo maniobra de valsalva con la vejiga llena para observar el signo de incontinencia urinaria, realizándose prueba de marshall para identificar el soporte pélvico en el cuello vesical.

La colpografía anterior fue realizada disecando el epitelio vaginal desde el meato uretral hasta el fondo de saco vaginal, exponiendo la fascia pubocervical, la fascia sobre el cuello vesical fue plicada con puntos de kelly-kennedy y la fascia sobre el cistocele fue plicada en la línea media, ambos con suturas absorbibles, si presentaban rectoceles se realizaba colpografía posterior.

La uretropexia retropubica tipo Burch fue realizada disecando hasta el espacio de Retzius y localizando el cuello vesical. Se colocaron dos suturas no absorbibles a nivel de la fascia paravaginal a cada lado del cuello vesical y posteriormente hacia el ligamento de Cooper ipsilateral.

En el postoperatorio todas las pacientes se manejaron con drenaje transuretral continuo y posteriormente de valoro el volumen residual vesical menos de 100cc para retirar la sonda.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

De los 85 pacientes manejados con colpografía anterior, 51 (60%) permanecían continentes. 15% pacientes (75%) tratados con uretropexia retropubica permanecían continentes. El intervalo de recurrencia de incontinencia fue de un rango de 2 a 24 meses para colpografía anterior y de 2 a 42 meses para uretropexia retropubica, una diferencia no significativa.

Las mujeres con uretropexia retropubica fueron significativamente más jóvenes y la mayoría premenopausicas, el índice de masa corporal fue similar en ambos grupos y no existieron diferencias significativas en las otras características.

Comparando los factores clínicos con el resultado de la cirugía en pacientes incontinentes y con continencia urinaria se encontró que el uso de estrógenos tiene una correlación significativa con el éxito de la cirugía, la presencia de alteración en la estática pelvica se presento en mayor porcentaje en pacientes incontinentes, se encontró que la obesidad no es un factor de riesgo para falla en el tratamiento quirúrgico.

Significativamente las pacientes con colpografía anterior además fueron sometidas a cirugías para otros defectos del piso pélvico (94%) comparado con (15%) de uretropexia retropubica, se realizaron cirugías concomitantes como

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

histerectomía abdominal o vaginal en el 11% de colporrafia anterior y 10% de uretropexia retropubica .

La duración de la cirugía, pérdida sanguínea, estancia intrahospitalaria y días de catetersimo vesical postoperatorio no presentaron diferencia significativa comparando los dos procedimientos quirúrgicos.

Las complicaciones asociadas con los dos tipos de procedimientos quirúrgicos no presentaron diferencia significativa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resultados

Comparación de los procedimientos por incontinencia

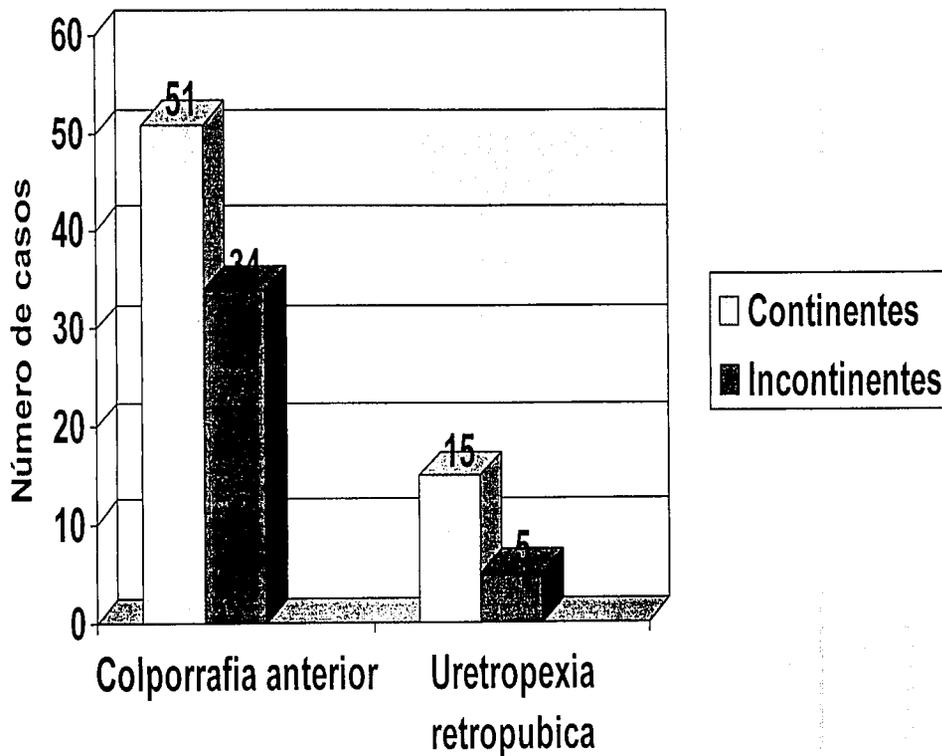
Procedimiento	Colporrafia anterior (n=85)	Uretropexia retropubica (n=20)
Continentes	51 (60%)	15 (75%)
Incontinentes	34 (40%)	5 (25%)

$p < 0.5$

Fuente: Archivo clínico y de Bioestadística, H.I.E.S.

NECUNO CON FALLA DE ORIGEN

Comparación de los procedimientos para incontinencia



INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
FACULTAD DE CIENCIAS
TRABAJO DE GRADUACIÓN

Fuente: Archivo clínico y de Bioestadística, H.I.E.S.

Resultados

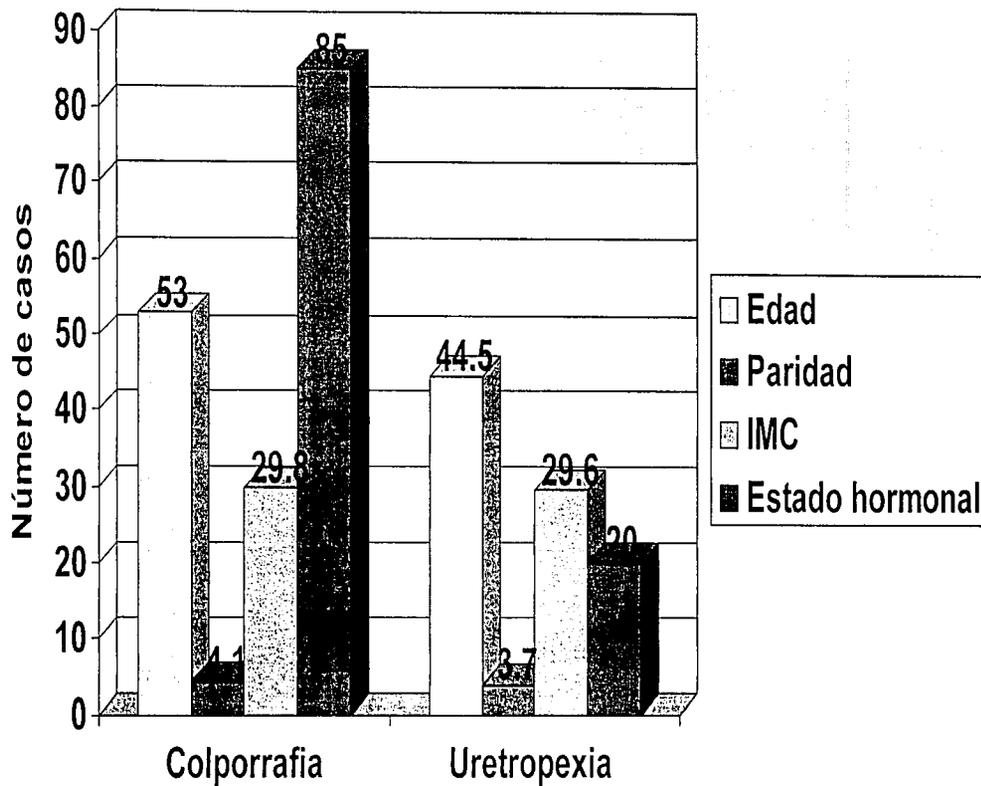
Características demográficas

Características	Colporrafia	Uretropexia	P
Edad	53.0 \pm 11.8	44.5 \pm 9.4	0.2
Paridad	4.1 \pm 1.6	3.7 \pm 2.1	0.55
IMC	29.8 \pm 3.1	29.6 \pm 3.1	0.86
Estado hormonal			
Premenopáusica	37 (31%)	15 (75%)	0.3
Postmenopáusica	58 (69%)	5 (25%)	

Fuente: Archivo clínico y de Bioestadística, H.I.E.S.

TERCER SEMESTRE
FALLA DE CALIDAD

Características demográficas



Fuente: Archivo clínico y de Bioestadística, H.I.E.S.

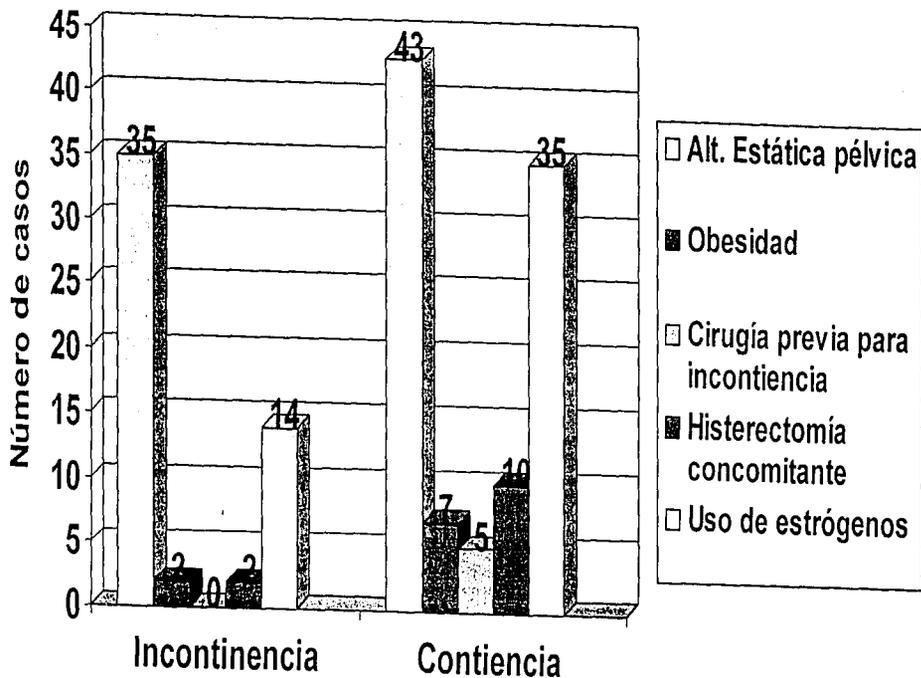
Resultados

Factores clínicos y éxito quirúrgico

	Incontinencia	Contiencia	P
Alt. estática pélvica	35 (89%)	43 (65%)	0.68
Obesidad	2 (5%)	7 (10%)	0.61
Cirugía previa para			
Incontinencia	-	5 (7%)	NS
Histerectomía concomitante	2 (5%)	10 (15%)	0.65
Uso de estrógenos	14 (35%)	35 (53%)	0.5

Fuente: Archivo clínico y de Bioestadística, H.I.E.S.

Factores clínicos y éxito quirúrgico



INSTITUTO
FALTA DE...

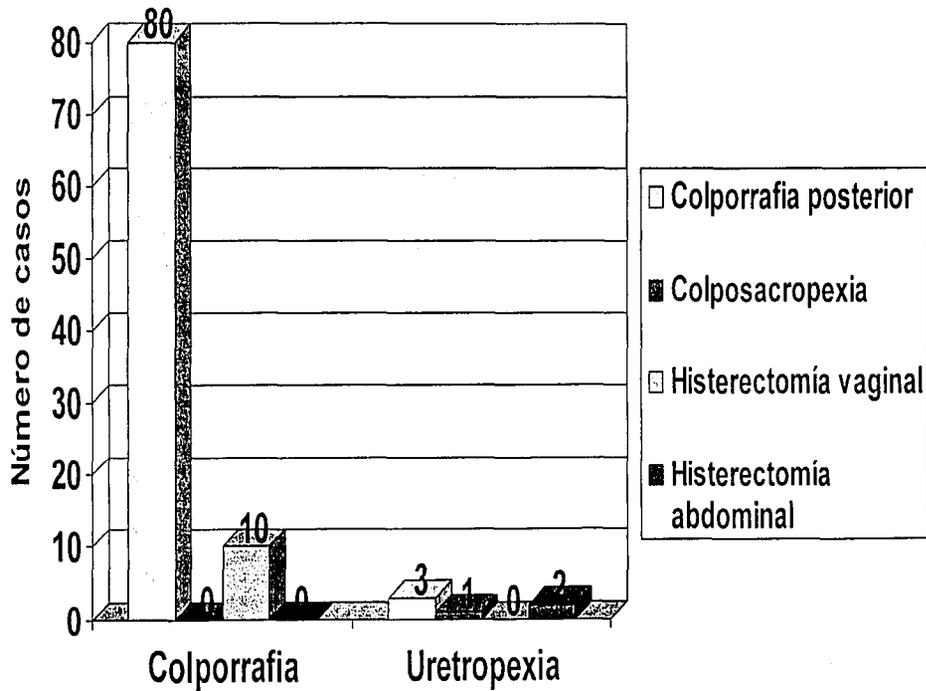
Resultados

Cirugía concomitante de otras alteraciones de la estática pélvica

	Colporrafia	Uretropexia	P
Colporrafia posterior	80 (94%)	3 (15%)	P=0.2
Colposacropexia	-	1 (5%)	NS
Histerectomía vaginal	10 (11%)	-	NS
Histerectomía abdominal	-	2 (10%)	NS

Fuente: Archivo clínico y de Bioestadística, H.I.E.S.

Cirugía concomitante de otras alteraciones de la estática pélvica



TESIS CON
FALLA DE CUMPLIMIENTO

Resultados

Duración, estancia intrahospitalaria, pérdidas sanguíneas

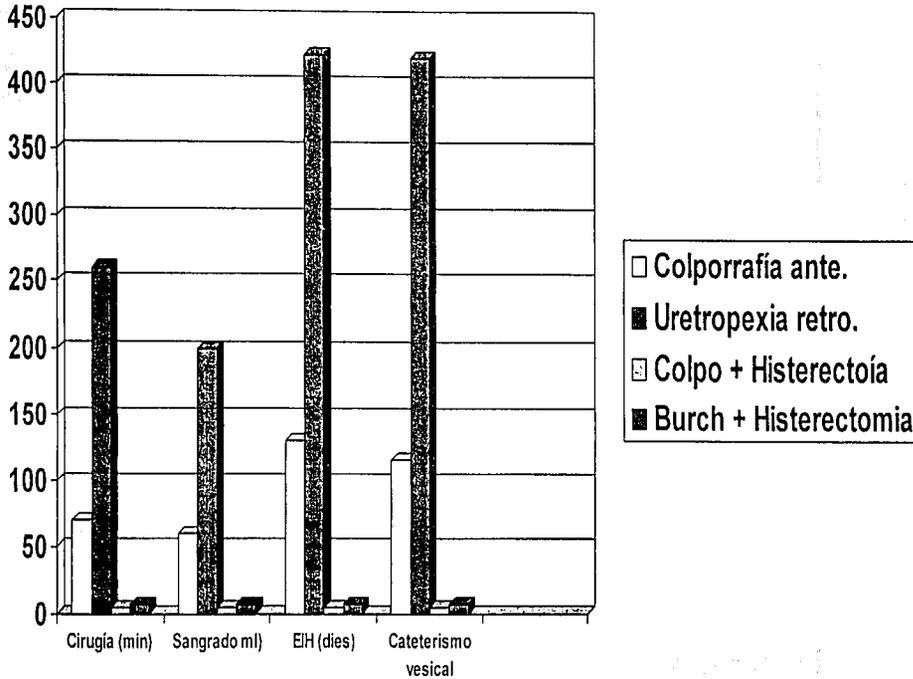
Colporrafia Uretropexia Colpo + histerectomía Burch + Histerectomía

Cirugía (min)	70 \pm 15	60 \pm 20	130 \pm 20	115 \pm 30
Sangrado (ml)	260 \pm 125	200 \pm 135	423 \pm 240	420 \pm 150
EIH (días)	5 \pm 2	5 \pm 2	5 \pm 2	5 \pm 2
Cateterismo vesical	7 \pm 2	7 \pm 2	7 \pm 2	7 \pm 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Archivo clínico y de Bioestadística, H.I.E.S.

Duración, estancia intrahospitalaria y pérdidas sanguíneas.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resultados

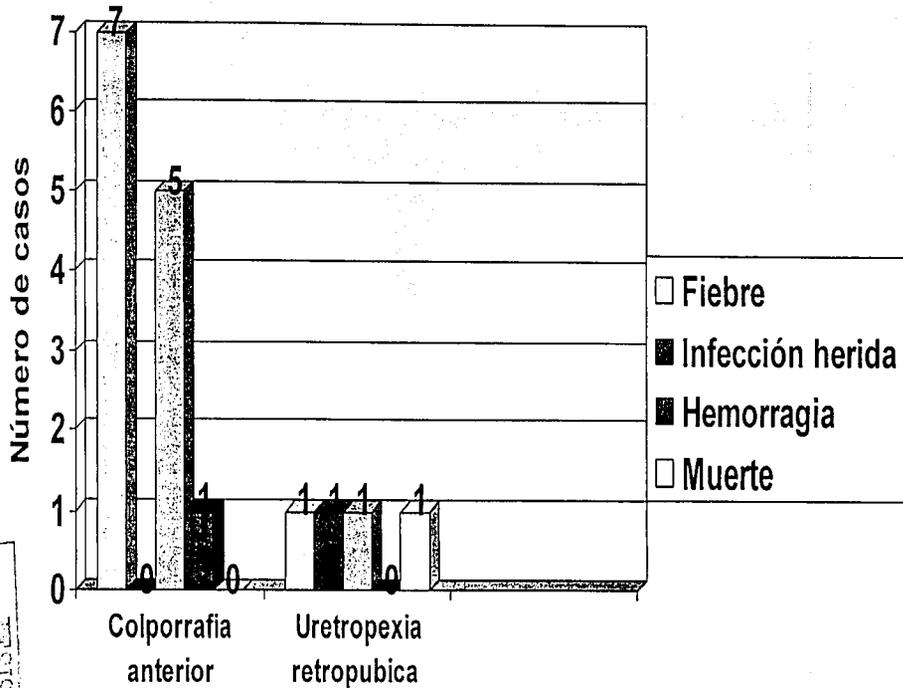
Complicaciones

	Colporrafia anterior	Uretropexia retropubica	P
Fiebre	7 (8%)	1 (5%)	0.55
Infección herida	-	1 (5%)	NS
Micción retardada	5 (5%)	1 (5%)	0.88
Hemorragia	1 (1%)	1(5%)	0.82
Muerte	-	1(5%)	NS

TESIS
CON
FALLA DE
CRICEN

Fuente: Archivo clínico y de Bioestadística, H.I.E.S.

Complicaciones



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIO:

Son variables los porcentajes de éxito después de la cirugía para el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo, dado probablemente por las diferentes definiciones de éxito quirúrgico así como el seguimiento inadecuado.

Se han reportado un porcentaje de curación de 90% a 3.75 años después de la realización de uretropexia retropubica, ⁽¹⁾ así como 87.5% a 0.5 - 2.5 años ⁽²⁾ y 91% a 1 año. ⁽³⁾ Después de realizar colpografía anterior se ha informado un porcentaje de curación de 87% a 2 años ⁽⁴⁾ y 65% a 1 año. ⁽³⁾

En nuestro estudio se observo en porcentaje de éxito de 75% para la uretropexia retropubica y 60% para la colpografía anterior basado en un seguimiento con intervalo de 12 a 48 meses. El criterio de éxito incluyo solo el reporte de continencia y cualquier grado de incontinencia se considero como falla en el tratamiento quirúrgico.

El efecto de la histerectomía previa o concomitante así como el efecto de cirugía previa para incontinencia es controversial, estas variables no tuvieron un impacto significativo en el éxito y falla de la cirugía en este estudio, estos hallazgos concuerdan con los informados en la literatura. ^(5,6)

En nuestro estudio la obesidad no fue factor de riesgo significativo para falla quirúrgica como lo han informado otros estudios. ^(7,8)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la mayoría de los casos la decisión de realizar colporrafia anterior en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo es por la coexistencia de defectos del piso pélvico realizándose reparación concomitante lo que tal vez puede ser un factor de riesgo para presentar incontinencia urinaria recurrente.

Esto no significa que la cirugía vía vaginal deba de abandonarse, sin embargo la combinación de cirugía vaginal y abdominal para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo y alteración de la estática pélvica podría realizarse. No existe un procedimiento único para tratar a todas las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo se debe individualizar cada caso.

La uretropexia retropubica es significativamente mas efectiva que la colporrafia anterior para el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

1. Parnell JP, Marshall VM, Vaughn ED. Primary management of urinary stress incontinence by the Marshall-Marchetti-Krantz vesicourethropexy. J Urol 1982; 127: 679-82.
2. Stanton SL, Cardoza LD. A comparison of vaginal and suprapubic surgery in the correction of incontinence due to urethrel correction of incompetence. Br J Urol 1979; 51: 497-499.
3. Bergman A, Ballard CA, Koonings PP. Comparison of three diferent surgical procedures for genuine stress incontinence: prospective randomized study. Am J Obstet Gynecol 1989;160: 1102-6
4. Beck R, McCormick S. Treatment of stress urinary incontinence with anterior colporrhaphy. Obstet Gynecol 1982; 59: 269-274
5. Langer R, Ron-El R, Neuman N. The value of simultaneous hysterectomy during Burch Colposuspension for urinary stress incontinence. Obstet Gynecol 1988: 72: 866-889.
6. Sand PK, Bowen LW, Ostergard DR. Hysterectomy and prior incontinence surgery as risk factors for failed reproductive cystourethropexy. J Reprod Med 1988; 33: 171-174.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. Dwyer PL, Lee ETC, Hay DM. Obesity and urinary incontinence in women. BR J Obstet Gynaecol 1988; 95: 91-96.
8. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. Am J Obstet Gynecol 1992; 167:1213-8.

TESTS CON
FALLA DE ORIGEN