



UNAM

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado e Investigación

11246



Salud

SECRETARIA DE SALUD

Hospital Juárez de México

UTILIZACION DE CABESTRILLO CON MALLA DE POLIPROPILENO
SIN TENSION EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA
URINARIA GENUINA DE ESFUERZO EN EL HOSPITAL JUAREZ DE
MEXICO

TESIS QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

UROLOGÍA

PRESENTA EL DR.

OCTAVIO LÓPEZ CASTILLO



DIRECTOR DE TESIS: Dr. CARLOS VIVEROS CONTRERAS

MÉXICO D.F.

FEBRERO 2005



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS



DR. Jorge Alberto del Castillo
Jefe de la división de Enseñanza
SECRETARÍA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
DIVISION DE ENSEÑANZA

DR. Carlos Viveros Contreras
Profesor Titular del Curso
Universitario de Especialización en
Urología
Director de Tesis

Número de registro de protocolo: HJM-961/04.07.01

SECRETARÍA DE SALUD
DIVISION DE ENSEÑANZA
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DEDICATORIAS

A DIOS:

Por guiarme hacia el camino adecuado y ayudarme a decidir lo correcto en el momento indicado. Por dejarme vivir hasta cumplir su encomienda en esta vida.

A MI MAMA Y PAPA:

Por darme la vida, y por que con su gran esfuerzo permitieron que yo haya llegado a esta instancia.

A MIS HERMANOS:

Porque siempre han creído en mí. Porque hacemos valer el significado de la palabra. Con especial atención a quien se fue con la seguridad de que concluiría mi carrera y con el orgullo de pertenecer a esta familia, pero que sin duda se encuentra conmigo a cada instante.

A MI ESPOSA:

A ti mi amada Mónica, porque has duplicado mis alegrías, por reducir mis tristezas, por decidir que compartamos nuestras vidas por siempre.

Por ti y mis niños hasta el final. Te amo.

A ELENITA Y OCTAVIO:

Por ser el producto del amor y ahora la razón de la existencia.

A MIS MAESTROS:

Especialmente al Dr. Viveros y al Dr. Lugo por sus enseñanzas, no sólo para la vida profesional, sino también para la vida personal.

ÍNDICE

Pag.

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Marco Teórico.....	1
1.1.1 Clasificación de Cabestrillos.....	4
2. JUSTIFICACION.....	7
3. OBJETIVO.....	8
4. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	8
4.1 Hipótesis Nula.....	8
5. TIPO DE DISEÑO DEL ESTUDIO.....	9
6. POBLACION.....	9
7. MATERIALES Y MÉTODOS.....	10
7.1 Descripción de la Técnica.....	12
8. RESULTADOS.....	14
9. DISCUSION.....	17
10. CONCLUSIONES.....	21
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Pag.
Gráfica No. 1 Edad de la Población.....	22
Gráfica No. 2 Antecedente de Corpografía anterior.....	23
Gráfica No. 3 Grado de cistocele.....	24
Gráfica No. 4 Grado Clínico de Incontinencia Urinaria.....	25
Gráfica No. 5 Resultados de la Técnica.....	26
Gráfica No. 6 Complicaciones de la Técnica.....	27

INTRODUCCION

MARCO TEÓRICO

La incontinencia urinaria aunque se considera un síntoma mas que una enfermedad, representa un importante impacto emocional y social sobre el individuo sus familiares y personas que lo rodean; de este modo induce a la perdida del autoestima, a mermar la capacidad de un estilo de vida independiente.

La incontinencia urinaria de esfuerzo afecta a un sector importante de la población femenina. (1) Es un problema relativamente frecuente. Un estudio clásico indico que hasta un 57% de las mujeres de entre 45 y 64 años de edad presentaban algún grado de incontinencia urinaria genuina de esfuerzo lo suficientemente importante como para representar en ellas un problema higiénico y social. (2)

Existen varios factores involucrados en su etiopatogénia, como son los factores anatómicos, neurológicos, además de la edad, la obesidad, paridad y cirugías previas. (1)

Petros y Ulmsten introdujeron un nuevo concepto de la fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo denominada "La teoría integral". Dichos autores hacen énfasis en la importancia de la fijación de la uretra media al pubis por el ligamento pubouretral, y sugiere que la apertura y cierre de la uretra y cuello vesical son reguladas por una serie de estructuras involucradas, incluidos los músculos pubococcigeo, puborrectal y elevador del ano. A nivel de la uretra distal esta se relaciona con los ligamentos pubouretrales, involucrado también el mecanismo del esfínter interno, el esfínter externo y el músculo elevador inmediatamente localizado distal al ligamento pubouretral. Estos elementos se encuentran involucrados en la tonicidad de la uretra, en la coaptación de la

misma, en la respuesta al incremento de presión intraabdominal para evitar la incontinencia como función normal de los elementos uretrales. (3,4)

La incontinencia urinaria de esfuerzo resulta de una leve a moderada deficiencia del esfínter interno y debilidad del soporte del piso pélvico, en condiciones normales no hay hiper movilidad del cuello vesical. El manejo pretende restaurar la relación anatómica entre la vejiga y la uretra. (5)

El manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina es fundamentalmente quirúrgico. Existen diversas técnicas para su corrección. Cuando se plantean tantas técnicas para solucionar un problema es lógico pensar que ninguna de ellas es buena en términos absolutos. La elección de una técnica dependerá de las características de cada caso. Los parámetros más útiles son los obtenidos durante la cistomanometría, el test de presión flujo y los perfiles de presión uretral. Es importante con todo ello determinar si existe hiper movilidad uretral, déficit esfinteriano intrínseco o inestabilidad del detrusor porque esto orienta a elegir una técnica u otra. (1,5)

Se sabe que la presión máxima de cierre uretral por debajo de 20 cm de agua a sido utilizada como sinónimo de deficiencia del esfínter intrínseco, (incontinencia urinaria de esfuerzo tipo III de Blaivas). (3)

La técnica de cabestrillo pubovaginal es una técnica para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo tipo III y actualmente es usada como una modalidad para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo por hiper movilidad uretral (Tipo II). La incontinencia urinaria de esfuerzo tipo I aun sin reconocimiento clínico amplio. Además de cualquier grado clínico de incontinencia urinaria, la cual se clasifica en base a la intensidad de los síntomas. Grado I escape de orina con grandes esfuerzos como toser, estornudar. Grado II escape de orina con moderados esfuerzos como caminar o

subir escaleras. Grado III escape de orina con ligeros movimientos o el decubito.
(3,6)

Además de los estudios urodinámicos que se requieren para conocer la función uretral, la prueba del Q. Tip es usada para soportar el diagnóstico de hiper movilidad uretral. (3)

Las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo generalmente han tenido terapia conservadora antes de la cirugía. El tratamiento conservador incluye ejercicios de los músculos pélvicos, terapia farmacológica, estimulación eléctrica. Las mujeres postmenopáusicas con atrofia urogenital pueden recibir estrógenos vaginales antes del manejo quirúrgico.(7)

Si bien las opciones terapéuticas son múltiples la corrección quirúrgica, es el método mas efectivo de tratamiento. (2,5,7)

La literatura esta repleta de técnicas quirúrgicas utilizadas a lo largo del tiempo para este problema muchas de las cuales ya han sido abandonadas.

El propósito del manejo quirúrgico es elevar el cuello vesical y la uretra proximal y llevarlos a la posición intraabdominal. La uretra proximal fija al hueso púbico incrementa la resistencia uretral proximal. (8)

Los datos mas favorables obtenidos en algunas series han sido con la colposuspensión tipo Burch y las técnicas con cabestrillo libre de tensión como las mas exitosas. (3,5,8)

El concepto de soporte del cuello vesical y uretral con sling fue descrito desde 1800. Sin embargo fue hasta 1942 que Aldridge desarrollo el cabestrillo suburetral con fascia de los músculos rectos del abdomen. Lo describió como un procedimiento alterno en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo cuyo tratamiento inicial quirúrgico fracasara. (2,8)

Con el aumento de la popularidad del cabestrillo y la demanda de las técnicas mínimamente invasivas se han utilizado numerosos materiales para cabestrillo suburetral tanto autólogos como sintéticos.(7)

CLASIFICACIÓN DE LOS CABESTRILLOS

Autólogos: obtenidos del individuo que lo requiere, a partir de la fascia de los rectos anteriores, fascia lata o pared vaginal.

Aloinjertos. Obtenidos de otros individuos, a partir de fascia lata cadavérica, dermis cadavérica.

Xenoinjertos. Tejido obtenido de animales (dermis porcina, mucosa intestinal).

Sintéticos. Fabricados de polipropileno, poliéster, silastic y politetrafluoroetileno.(5,7)

En la mayoría de los reportes de la literatura el procedimiento con cabestrillo suburetral se ha utilizado en el manejo y recurrencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Los rangos de curación reportados oscilan entre 61 y 100% con un rango medio de curación de 85%. Existen reportes de hasta un 94% de curación.

Los materiales mas comúnmente utilizados son probablemente los autólogos contra los cuales se comparan los demás materiales. Los aloinjertos de donadores cadavéricos no parecen traer riesgos significativos de erosión o infección, la durabilidad de estos continua en estudio. El tipo de material finalmente no parece tener efecto significativo de curación.(7)

Algunos estudios revelan éxito con rangos entre 85 y 90% utilizando cabestrillo con fascia. El uso de materiales sintéticos para la incontinencia urinaria de esfuerzo arrojan datos de éxito entre 75 y 93% con la desventaja de crear una reacción inflamatoria importante y el riesgo de erosión y formación de fístulas.

Los resultados a largo plazo sugieren que la continencia a diez años es similar a un año, por lo que si el procedimiento con cabestrillo es exitoso a los seis meses permanecerá durante muchos años.(6,7)

El polipropileno ha sido el material sintético mas comúnmente utilizado en reparación de hernias, este provee una reacción de crecimiento de colágeno y tiene una alta tolerancia a la infección. El polipropileno puede ser utilizado con seguridad en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo.(2,4,7,8)

Cuando se coloca la malla se produce una reacción local fibroblástica de inmediato con reducción del tamaño de la malla y de los poros entre un 20 y 30 % en un año, por esta razón el mejor uso es la colocación de la malla sin tensión sobre los tejidos. Este hecho constituirá aumento de la presión sobre la uretra al encogerse y reaccionar con el tejido además al no aplicar tensión preserva así la irrigación de los tejidos. Con el paso del tiempo la malla no es reabsorbida del tejido periuretral con el deposito de colágeno alrededor del cabestrillo durante años después Estos estudios hacen presumir que los resultados obtenidos son duraderos en el tiempo mas allá de lo que alcanzan a demostrar los resultados. Otra ventaja digna de considerar en relación a la utilización del polipropileno en la incontinencia urinaria de esfuerzo además del mecanismo de acción para la continencia urinaria que ofrece, es el bajo costo del material, hecho importante para los países en desarrollo.(5,7,8)

La técnica pubovaginal con el empleo de cabestrillo con malla de polipropileno provee un eficiente mecanismo anti-incontinencia para los diferentes tipos de incontinencia con diversas fisiopatologías. Esto debido al proceso inflamatorio alrededor del cabestrillo el cual además se encoge y provoca un incremento en la presión de cierre de la uretra, por esto el mejor sitio de colocación de la malla es a nivel de la uretra proximal, y mejora también el cierre del cuello vesical al reponer la posición del éste sin causar obstrucción.(5,7)

La incontinencia urinaria de esfuerzo frecuentemente coexiste con prolapso de algún órgano pélvico, especialmente de la pared anterior de la vagina. Es posible utilizar el cabestrillo para tratar estos casos

Múltiples factores pueden analizarse y ser considerados indicadores pronósticos tanto en las complicaciones a corto como a mediano plazo. Entre ellas la retención aguda de orina, los residuos altos de orina, infecciones. También los resultados favorable en cuanto a la continencia a largo plazo.

Las complicaciones posterior al procedimiento con cabestrillo para la incontinencia urinaria de esfuerzo, se relacionan con disfunción del vaciado, y síntomas de urgencia. Las alteraciones de vaciado ocurren en un 12.8% (rango entre 2 y 37%) la autocateterización en 7.8%. La incontinencia de urgencia ocurre entre 3 y 30% y la persistencia de síntomas de urgencia en 7%. La erosión vaginal y uretral ocurre en 5%. La remoción del cabestrillo entre un 1.8 a 35%. Y el dolor importante en menos del 10%. (1,4,9,10)

JUSTIFICACIÓN

El procedimiento de cabestrillo suburetral sin tensión con malla de polipropileno como tratamiento de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo ha dado buenos resultados, según reportes internacionales de la literatura. Sin embargo se cuenta con poca información de estudios nacionales al respecto, por lo que se evalúa la eficacia de este procedimiento realizado en el servicio de Urología del hospital Juárez de México, así como sus complicaciones.

OBJETIVO

Evaluar los resultados de la técnica de cabestrillo con malla de polipropileno sin tensión en la pared vaginal anterior para el tratamiento de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La técnica con utilización de cabestrillo de polipropileno sin tensión en la pared vaginal anterior, es eficaz para el tratamiento de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo.

HIPOTESIS NULA

La técnica con utilización de cabestrillo de polipropileno sin tensión en la pared vaginal anterior no es eficaz para el tratamiento de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo.

TIPO DE DISEÑO DEL ESTUDIO

Replicativo, longitudinal, retrospectivo y prospectivo, cuasiexperimental, clínico.

POBLACIÓN

Todas las mujeres con incontinencia urinaria genuina de esfuerzo diagnosticadas en el servicio de Urología del Hospital Juárez de México, en el periodo comprendido de marzo del 2003 a junio del 2004, que hayan sido intervenidas quirúrgicamente utilizando cabestrillo de polipropileno sin tensión en pared vaginal anterior y cumplan criterios de inclusión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron retrospectivamente todas las mujeres que fueron sometidas a técnica quirúrgica con cabestrillo de polipropileno sin tensión en pared vaginal anterior para el tratamiento de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo.

Se recabaron antecedentes ginecológicos y obstétricos, neurológicos y oncológicos, así como antecedentes de cirugías previas para la incontinencia urinaria de esfuerzo

Se les realizó historia clínica completa, evaluación clínica miccional, tiempo de evolución de la incontinencia, y exploración física dirigida a los síntomas urinarios: incontinencia de urgencia así como exploración ginecológica con valoración de cistocele. Además de estudio urodinámico.

Los estudios básicos realizados incluyeron biometría hemática completa, química sanguínea, tiempos de coagulación, examen general de orina. Urocultivo y bacilo alcohol ácido resistente en orina, así como estudio urodinámico y cistograma.

Utilización de una malla de polipropileno de 1x 6 cm aproximadamente. Dos suturas de prolene del número 1. No utilización de material especial.

Se incluyeron a todas las mujeres con incontinencia urinaria genuina de esfuerzo que fueron intervenidas con la técnica de cabestrillo con malla de polipropileno sin tensión en pared vaginal anterior.

Se excluyeron a los siguientes grupos de mujeres:

- Mujeres embarazadas
- Mujeres con infección de vías urinarias o infección vaginal.
- Mujeres con coagulopatías o algún tipo de discrasias.
- Pacientes con vejiga neurógena: por enfermedad de Parkinson, desmielinización, lesiones de funciones mentales superiores, lesiones medulares.
- Pacientes con diabetes mellitus de mas de 10 años.

Se evaluó la eficacia de la técnica quirúrgica considerando curación clínica cuando la paciente no presenta incontinencia urinaria de esfuerzo posterior al procedimiento.

Mejoría. Cuando la paciente presenta incontinencia postoperatoria que no influye en la actividad diaria y no necesita utilizar toalla regularmente, o cuando la incontinencia de urgencia se controla con medicamentos.

Falla. Cuando la incontinencia urinaria de esfuerzo persiste posterior al tratamiento quirúrgico.

Se considera que el procedimiento es eficaz o exitoso si se presenta curación o mejoría al no utilizar toalla regularmente y cuando la incontinencia no influya en la actividad diaria. (2,5)

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

En posición de litotomía y con tricotomía de genitales, se realiza aseo quirúrgico de genitales y de vagina con jabón. Se separan los labios mayores y se fijan con suturas a la piel lateral.

Se procede a la colocación de sonda de foley transuretral 18 fr. 2 vías para vaciado de la vejiga y orientación en la cirugía.

Se realizan dos incisiones laterales y oblicuas a la uretra sobre la pared vaginal anterior de dos centímetros aproximadamente.

Se crea un túnel suburetral en la pared anterior de la vagina a dos centímetros del meato uretral. Se disecciona con pinzas de Kelly curvas y de punta fina.

Se realiza disección digital a través de cada incisión lateral a la uretra, hacia el espacio retropúbico perforando la fascia endopélvica.

A la malla de polipropileno rectangular se le coloca una sutura de prolene en cada extremo.

La malla es colocada en el túnel suburetral.

Posteriormente se realiza una incisión horizontal suprapúbica en piel de 1 cm aproximadamente.

Con disección digital se llega hasta la aponeurosis.

Se introduce a través de la incisión abdominal una aguja de Pereyra guiada en forma digital hasta la incisión vaginal lateral a la uretra.

Los extremos libres de las suturas de prolene son llevadas a la porción suprapúbica u extraídas por la incisión.

Para cerciorarse de que no haya perforación uretral o vesical se realiza uretrocistoscopia.

Se procede a suturar la mucosa vaginal con catgut crómico 00.

Se anudan sin tensión los extremos libres de prolene a la aponeurosis abdominal.

Finalmente se sutura piel con dos puntos de nylon 000.

Se colocan tres gasas enrolladas y húmedas en vagina y termina procedimiento.(3,6,8)

RESULTADOS

Se analizaron retrospectivamente los resultados de 22 mujeres que fueron sometidas a la técnica de cabestrillo con malla de polipropileno sin tensión en pared vaginal anterior, para el tratamiento de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo. Dicha evaluación a los 2, 6, 9 y 12 meses y el control que prosigue en la actualidad. Además de las complicaciones que se presentaron así como el manejo de las mismas.

La edad promedio de las pacientes fue de 58.4 años, con un rango entre 39 y 69 años. (Gráfica No. 1)

De las 22 pacientes 9 de ellas (40.9%), tenían antecedente de cirugía para el manejo de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo, la cual correspondió a colposuspensión tipo Kelly. (Gráfica No. 2)

15 pacientes (68.1%) presentaban cistocele grado I

De las pacientes, 5 de ellas (22.7%) presentaban cistocele grado II.

Solamente 2 pacientes (9.2%) no presentaban algún grado de cistocele. (Gráfica No. 3)

Al considerar la clasificación clínica de la incontinencia urinaria de esfuerzo 15 pacientes (68.1%) la presentaban de grandes esfuerzos, es decir grado I. Mientras que el resto de la población en estudio, es decir 7 pacientes (31.9%) presentaban incontinencia urinaria de medianos esfuerzos, correspondiente al grado II. (Gráfica No. 4)

Solo 2 pacientes (9.2%) presentaron antecedente de diabetes mellitus de menos de 10 años de evolución y sin repercusión urodinámica.

El tiempo de evolución de sintomatología de incontinencia urinaria de esfuerzo fue de 2.2 años en promedio, con un rango de 8 meses a 4 años.

El análisis del procedimiento quirúrgico propiamente dichos arrojó los siguientes resultados:

El tiempo medio quirúrgico fue de 37.5 minutos, con un rango entre 25 y 50 minutos.

En todos los casos el sangrado fue mínimo cuantificado en 50 mililitros en promedio aproximadamente.

Perforación vesical con la aguja de Pereyra durante el procedimiento en 3 pacientes (13.6%) la cual requirió la recolocación de la sutura, así como mantener la sonda Foley transuretral durante una semana.

Al momento del egreso de hospitalización 7 pacientes (31.7%) lo hicieron con sonda Foley transuretral colocada, 3 de ellos por perforación vesical (13.6%) y 4 (18,1%) por presencia de orina residual postmiccional.

Los resultados obtenidos a los dos meses del procedimiento fueron:

De los 22 pacientes, 18 (81.84%) No presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo.

La disuria se presentó en 7 pacientes (31.78%).

Se presentó en 4 pacientes (18.16%) orina residual postmiccional de moderada cantidad. Con la necesidad de retiro de material de polipropileno en una de ellas debido a que en ningún momento fue posible el retiro de la sonda de Foley transuretral .

Algunos de los pacientes, 7 (31.78%) presentaron dolor suprapúbico postquirúrgico que se mantuvo al segundo mes. (Gráfica No.6)

Algunos de los síntomas se presentaron en el mismo paciente, quienes podían tener dos o tres de los datos irritativos urinarios al mismo tiempo que orina residual postmiccional.

El análisis a los seis meses de los pacientes que ya cumplían este tiempo de haberse sometido al procedimiento (18 pacientes) indicó que 3 de ellos continuaban con orina residual postmiccional, (5%, 20% y 50% respectivamente para cada paciente)y con incontinencia de urgencia 2 pacientes.

El análisis de los resultados de pacientes que tenían 12 meses de haber sido sometidos al procedimiento (6 pacientes) indicó que solo 2 de ellos presentaron orina residual postmiccional (10% y 40% para cada uno) y además incontinencia urinaria de urgencia de difícil control con manejo Médico.

Tomando en consideración que si el éxito de la cirugía se logra cuando desaparece la incontinencia de esfuerzo o cuando ésta no influye en la actividad diaria al no utilizar toalla regularmente o cuando la incontinencia urinaria de urgencia se controla con medicamentos, entonces, el éxito en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo con la utilización de cabestrillo con malla de polipropileno sin tensión en la pared vaginal anterior del 90.8%. (Gráfica No. 5)

DISCUSION

Si bien en nuestro país la verdadera prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina se desconoce por falta de estudios epidemiológicos en este sentido, sabemos que se trata de un problema frecuente cuya incidencia aumenta con la menopausia y con la edad, adquiriendo serias dimensiones a partir de los 60 años, cifra que corresponde a la edad media de la población de nuestro estudio.

Por esta razón entre otras, en la mayor parte de los casos de incontinencia urinaria femenina no debe ser tomada como una enfermedad sino mas bien como una condición, consideración realizada en el hospital Juárez de México para el estudio y manejo de la población con este diagnóstico.

La alteración de los mecanismos de continencia anatómicamente normales como la musculatura estriada del suelo pélvico y la transmisión de presiones a la uretra condiciona la incontinencia urinaria asociada a esfuerzos físicos como la tos, la risa o cualquier situación que origine un aumento de la presión intraabdominal. Dicha condición necesaria para clasificar a la población en estudio e integrarla al análisis del procedimiento quirúrgico evaluado, es decir, la utilización de la malla suburetral de polipropileno sin tensión.

Se comprende la importancia que tiene el diagnóstico correcto de la incontinencia urinaria de esfuerzo ya que los errores pueden exponer a las pacientes a terapéuticas innecesarias con graves consecuencias. Tal y como esta indicado en la literatura a la población en estudio se le sometió a un interrogatorio cuidadoso para caracterización del síntoma.

Los datos aportados por las pacientes dependen en gran medida de la severidad de la incontinencia y así clasificar entonces en grados clínicos a la

población en estudio, en la cual la mayoría correspondió al grado I en más del 68% y el resto al grado II, sin obtener pacientes con algún otro grado.

Es importante no solo definir la existencia de patología asociada del suelo pélvico sino también el grado y su asociación, de cara a una posible intervención. En la población analizada el 68 % presentaron cistocele G I y el 22 % cistocele G II, situación que no permitió realizar algún tipo de plastia vaginal como colporrafia, que pudiera modificar la evaluación del uso de cabestrillo como procedimiento único.

Dentro de la población en estudio dos pacientes presentaban antecedente de diabetes mellitus. Sin embargo esta situación no influyo en la decisión terapéutica, debido a que, por medio del estudio urodinámico se descarto la presencia de algún componente neurológico.

Uno de los datos que se registraron fue el tiempo quirúrgico, el cual como era de esperarse, se acorto progresivamente, sin embargo no se considera de gran importancia puesto que el resultado final evaluado es decir la eficacia, es independiente del tiempo empleado en la cirugía.

Hasta el momento se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas ideadas para conseguir el mismo objetivo, eliminar la incontinencia urinaria de esfuerzo. Las condiciones para tal propósito son asegurar que la presión uretral exceda la vesical, no solo en reposo sino durante el esfuerzo, elevar el cuello vesical dentro de la zona abdominal durante el esfuerzo para prevenir la embudización del cuello vesical o su apertura y corregir el cistocele cuando exista.

Las diversas técnicas arrojan resultados diferentes así por ejemplo la colporrafia anterior de Kelly indica tasa de éxito de 48 a 54% a dos años. La colposuspensión anterior de Burch consigue tasas de curación del 90 al 95% a

tres años. La cervicouretopexia de Marshall-Marchetti- Krantz presenta tasas de éxito de 82 a 89% a tres años. La suspensión transvaginal del cuello vesical con agujas de Pereyra indica una tasa de éxito de 60 a 75% con seguimiento de 3 a 5 años. La suspensión transvaginal del cuello vesical con técnica de Raz comunica tasa de éxito del 88 al 90% a 15 meses.

Los procedimientos de cabestrillo suburetral indican tasas de éxito variables. Situación que depende del material utilizado para el cabestrillo. Por ejemplo los naturales como la fascia tienen una tasa de éxito de 80-82% a tres años, frente a 90-95% de tasa de éxito al utilizar material sintético.

El uso de la malla de polipropileno para el cabestrillo suburetral en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la población intervenida en el Hospital Juárez de México mostró una tasa de éxito del 91% a 6 meses con una curación de 82% , mas una mejoría del 9%, cifras que requieren una vigilancia a mayor plazo. Sin embargo algunos reportes indican que los resultados obtenidos al segundo mes postquirúrgico se mantendrán en forma permanente.

Las complicaciones postoperatorias descritas en la literatura para las técnicas de cabestrillo con la retención aguda de orina o residuos elevados de orina, urgencia miccional y dolor suprapúbico crónico con porcentajes variables. En este análisis predominaron el dolor suprapúbico y la disuria en el 31.8% situación que disminuyo con manejo medico. Además la orina residual y la incontinencia de urgencia en el 18.2% mejorando posteriormente con dilataciones uretrales.

Otra complicación que se presento referente a la técnica quirúrgica fue la perforación vesical durante el procedimiento en el 13.6% de los pacientes a quienes se le mantuvo la sonda de Foley transuretral por una semana sin consecuencias desfavorables. Es conveniente para evitar esta complicación que la vejiga se encuentre completamente vacía, y además realizar una buena

disección digital del tejido celular subcutáneo abdominal para dirigir con mayor precisión la aguja en dirección vaginal.

En definitiva el cabestrillo de polipropileno suburetral sin tensión para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo constituye un método sencillo, técnicamente reproducible por cualquier urólogo, con poca morbilidad y que precisa corta hospitalización . Además de ser barato y por lo tanto accesible en una población como la nuestra.

CONCLUSIONES

La utilización de cabestrillo vaginal con malla de polipropileno sin tensión provee un alto porcentaje de éxito en el tratamiento de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo.

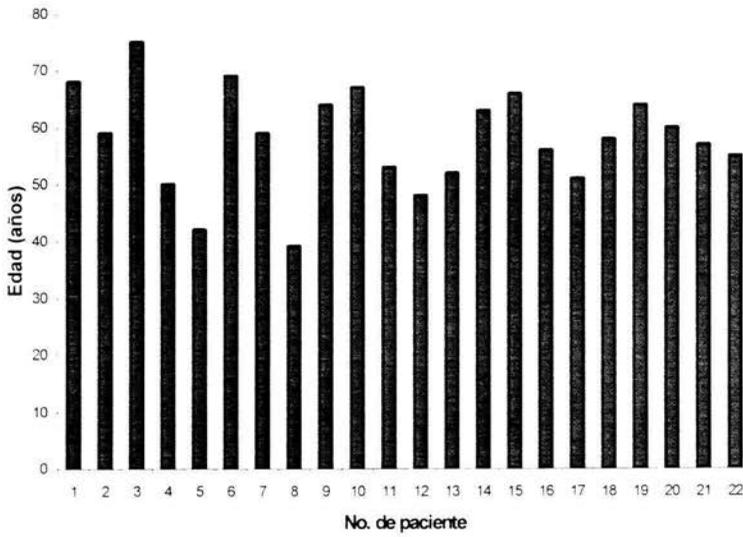
Es una alternativa simple de tratamiento en la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Es un procedimiento en el cual el material utilizado es de fácil adquisición, barato y por lo tanto accesible a cualquier nivel.

Es una técnica segura, eficaz y fácilmente reproducible.

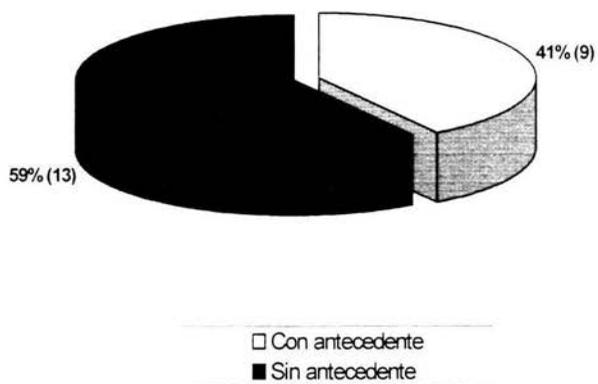
Es un procedimiento que tiene bajas complicaciones.

EDAD DE LA POBLACION



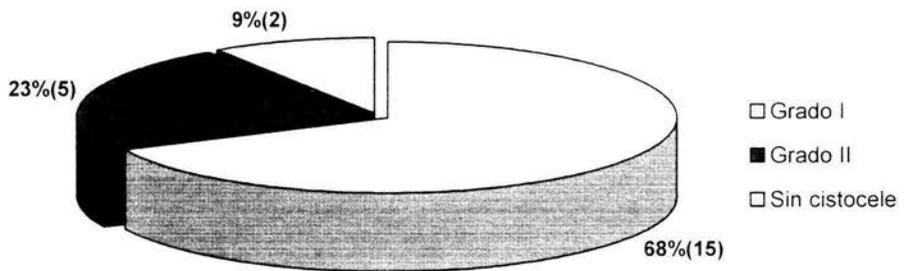
Gráfica No. 1

ANTECEDENTE DE COLPORRAFIA ANTERIOR TIPO KELLY



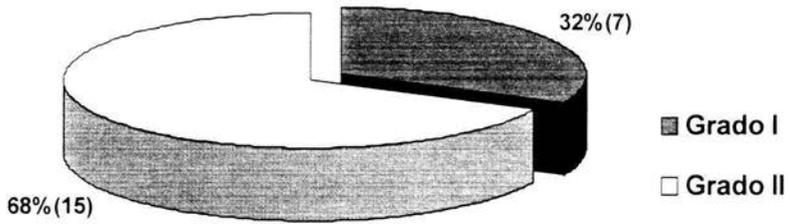
Gráfica No. 2

GRADOS DE CISTOCELE EN LA POBLACION



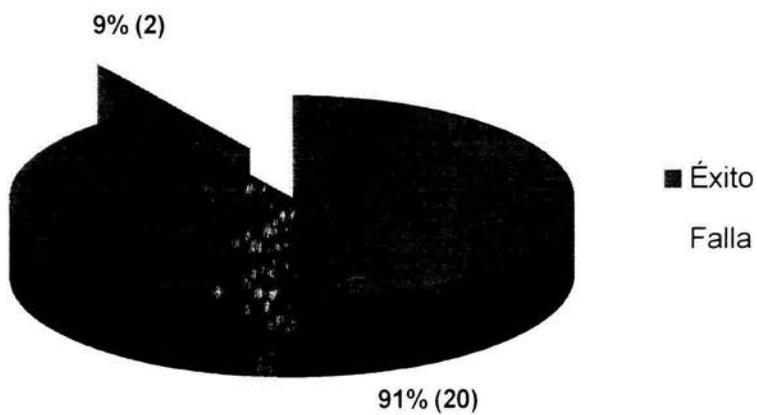
Gráfica No. 3

GRADO CLINICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA POBLACION



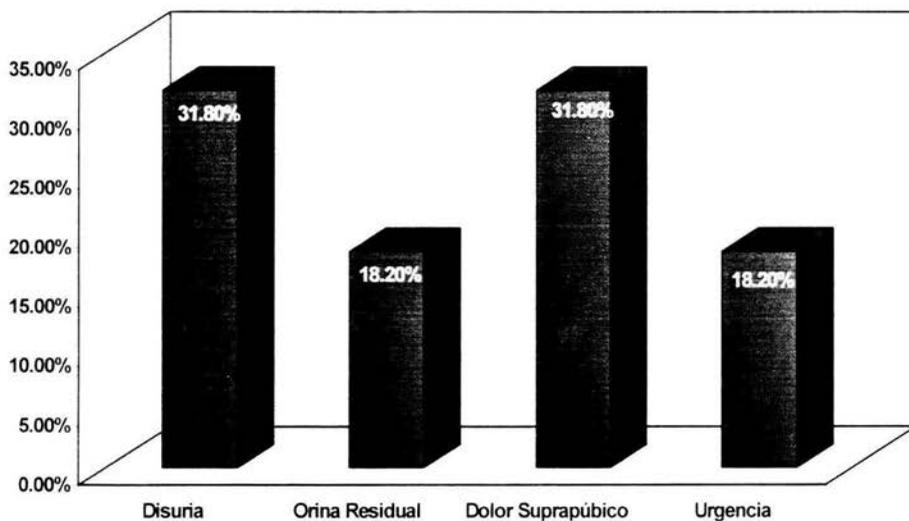
Gráfica No. 4

RESULTADOS DE LA TECNICA QUIRURGICA



Gráfica No. 5

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES



Gráfica No. 6 Muestra el porcentaje de las complicaciones mas frecuentes del procedimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GARCIA FLORES, P. PEREZ SANZ,G. : Manejo quirúrgico y complicaciones de la incontinencia urinaria de esfuerzo: nuestra experiencia en 385 pacientes operados en los últimos 25 años. *Actas Urol. Esp.*, 2003; 27 (2): 92-96.
2. BRIONES MARDONES,G. JIMENEZ CIDRE, M.: Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina con el sistema TVT (Tension Free Vaginal Tape): nuestra experiencia. *Actas Urol. Esp.*, 2001; 25(6): 423-429.
3. BEMELMANS, B. CHAPPLE,R.: Are sling the gold estándar treatment for the management of female urinary stress incontinence and if so which tecnique?. *Urogynaecology*, 2003;13(4):301-307.
4. GONZALEZ ENRIQUEZ,E. LUJAN, M: Análisis comparativo de complicaciones entre las diferentes técnicas empleadas para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas Urol. Esp.*, 2002; 23(5) 322-329.
5. KUO HANN, K. CHORNG, Q.: Anatomical and funtional results of pubovaginal sling procedure using polypropylene mesh for the treatment of stress urinary incontinence. *Urology*, 2001; 166(1): 152-157.
6. TRABUCCO, ARNOLD F. BILTTEIN, JEFFIER M.: A novel composite sling for the treatment of stress urinary incontinence:first ckinical experience. *Journal of pelvic Medicin and Surgery*, 2004;10(2): 63-70.

7. WALTERS,MARK D. DANESHGARY,FROVE.: Surgical Management of Stress Urinary Incontinence. Clinical Obstetrics and Gynecology, 2004; 47(1): 93-103.
8. JIMENEZ CALVO, J. HUALDE ALFARO, A.: TVT 3 años de experiencia. Actas Urol. Esp., 2004; 28(1): 1320.
9. CASTILLO PEREZ,S. SANCHEZ,R.: El uso de malla de prolene en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Actas Urol. Esp., 2003;19(3): 162-167.
10. KOBASHI, KAHLEEN C. GOVIER, FRED.: Preoperative Complications: the first 140 Polypropylene Pubovaginal Sling. The Journal of Urology, 2003; 170(5):1918-1921.