

11217
11
zej

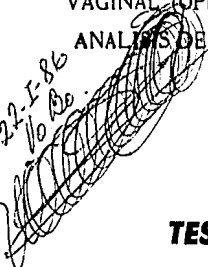


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL GENERAL "ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I. S. S. S. T. E.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INCONTINENCIA
URINARIA DE ESFUERZO POR VIA ABDOMINO-
VAGINAL (OPERACION DE PEREYRA MODIFICADA).
ANALISIS DE LA TECNICA Y REVISION DE 30 CASOS.

22-I-86
10 Bo.



F. Sánchez
E. S. S. T. E.

TESIS DE POST-GRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:
DR. OSCAR RENAN CACHON LOPEZ



TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

MEXICO, D. F.

1986.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

PAGINA

INTRODUCCION	1
HISTORIA	3
ANATOMIA	7
FISIOLOGIA DE LA MICCION	10
INERVACION Y REGULACION HORMONAL	14
ETIOLOGIA	18
VALORACION DE LA I.U.E.	19
INDICACIONES DE LA TECNICA	22
ANALISIS Y DESCRIPCION DE LA TECNICA	23
PREPARACION DE LA PACIENTE	26
OBJETIVOS	31
MATERIAL Y METODOS	32
RESULTADOS	34
COMENTARIO	45
CONCLUSIONES	47
BIBLIOGRAFIA	48

I N T R O D U C C I O N

En la actualidad, el manejo quirúrgico de la incontinencia Urinaria de Esfuerzo, continúa siendo un punto en el cual una gran cantidad de especialistas en Ginecología no lo gran ponerse de acuerdo.

Lo anterior se concluye en base a los diferentes estudios para analizar resultados de las diferentes técnicas que existen en la actualidad, para el manejo de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo.

Existen hasta la fecha más de 100 técnicas ampliamente descritas, las cuales han sido implementadas para obtener mejores resultados; sin embargo la existencia de este sinnúmero de técnicas, nos habla de la ineficacia que hasta hace algún tiempo se tenía para corregir adecuadamente este problema.

La mayoría de los autores están de acuerdo, en que el punto fundamental para la cura quirúrgica de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, es el diagnóstico correcto y la selección apropiada de los casos.

Las tasas altas, en cuanto a efectividad de resultados que reportan algunos autores, depende de un diagnóstico y una selección cuidadosa de las pacientes que cursan con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

De acuerdo con estos autores, una buena historia clínica y una buena exploración física apoyados por los estudios-

Urodinámicos pertinentes, nos darán una selección apropiada.

Después de una amplia evaluación y selección del caso;- el procedimiento quirúrgico adecuado es una de las decisiones más importantes que el cirujano debe realizar.

Es necesario señalar; algunas pacientes serán candidatas a corrección quirúrgica abdominal y otras serán candidatas a corrección vaginal de acuerdo a las situaciones que - más adelante se mencionarán.

En el servicio de Ginecología de nuestro hospital "H.G. LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS", estamos concientes de la importancia que tiene el obtener mejores resultados posoperatorios - en nuestra población, por lo que a raíz de los estudios actuales, que reportan porcentajes más elevados de curación de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con las diversas técnicas quirúrgicas actuales; consideramos de interés valorar - resultados de estas técnicas en nuestro Hospital ya que las técnicas tradicionales producen residivancia a largo plazo - de la Incontinencia, según en nuestra experiencia, en un porcentaje no muy alto pero sí elevado de pacientes.

Nos hemos mostrado renuentes para iniciar de manera formal el estudio de nuevas técnicas operatorias para la cura - de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo; sin embargo el presente trabajo tratará de valorar resultados y utilidad de la Técnica abdominovaginal (Operación de pereyra Modificada) para la cura de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo verdadera.

H I S T O R I A

El término de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo fue empleado por primera vez por Sir Eardley Holland y empezaron - las primeras recomendaciones para su tratamiento en 1864.

El tratamiento médico consistía en una serie de manio - bras que incluían baños de pies en agua fría, duchas hipogás - tricas frías, baños aromáticos y duchas vaginales.

Schatz sugirió inyecciones de agua estéril aplicadas en la teca espinal y en el espacio epidural.

El primer procedimiento quirúrgico, aunque no estaba dirigido contra la pared vaginal anterior o la uretra, fue su - gerido por Neveu en 1880. Neveu recomendó la ligadura del - prepucio del clítoris y el pintado del meato uretral con Co - lodium.

Ya para el año de 1900, se recomendaron gran variedad - de operaciones, incluyendo la escisión de diversas porciones de la pared vaginal e incluso la completa rotación de la ure - tra.

En 1901, Kelly describió el funcionamiento del cuello - vesical y durante los siguientes años se han ido introducién - do una importante variedad de operaciones, algunas de las - cuales utilizaban la vía vaginal sólo, o combinado con una - hysterectomía y otros utilizaban un cabestrillo, bien de fa - cia o material artificial.

Si bien es cierto que desde la época de los egipcios se

desarrollaron técnicas para ayudar a las mujeres desafortunadas que padecían fístulas vesicovaginales, no fue así con las técnicas que se utilizan para la cura de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo; fué en 1911 cuando Kelly popularizó el plegamiento vaginal para corregir la incontinencia Urinaria por Esfuerzo.

Incluía la aplicación de puntos de seda en colchonero para unir los tejidos alrededor de la uretra o el cuello vesical a través de una incisión vaginal.

En 1914 de las 20 pacientes que trató 90% curaron o mejoraron inmediatamente después de la intervención, pero en los resultados tardíos sólo curó o mejoró 65%. Más aún, sus últimos resultados mostraron que el 20% de sus pacientes no mejoraron y la mayoría de éstas había tenido una operación previa.

En consecuencia, parecía que aunque este procedimiento aliviaba a algunas mujeres con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo, no curaba a todas y en muchas sólo proporcionaba una curación temporal. Utilizando un segundo enfoque para este problema los cirujanos comenzaron a colocar cabestrillos musculofaciales e incluso sintéticos alrededor de la uretra y el cuello vesical, intentando estrechar y elevar esta área y previniendo en consecuencia el escape de orina.

Otro método se enfocó a la suspensión suprapúbica del área uretrovesical. En 1923 Victor Bonney desarrolló una técnica para corregir la Incontinencia Urinaria por Esfuerzo -

utilizando una incisión suprapúbica. Esta técnica consistía en fijar la porción anterosuperior de la vejiga a recto utilizando puntos de seda.

Aunque al parecer corregía los síntomas de la Incontinencia por Esfuerzo en un principio, los efectos duraban poco tiempo. Fue hasta el año de 1949 cuando Marshall, Marchetti y Kranz publicaron sus éxitos con la suspensión vesicouretral a través de una incisión suprapúbica, esta publicación fue lo que popularizó este método quirúrgico para corregir la Incontinencia Urinaria por Esfuerzo.

Posteriormente Pereyra en 1959, describió el uso de una aguja larga de diseño especial colocada a través de una incisión suprapúbica superficial.

Esta aguja se guiaba a través de los tejidos periuretrales y se utilizaba una sutura larga para elevar el área del cuello vesical. Una complicación que se presentaba frecuentemente con éste método, por la introducción ciega de la aguja era el paso inadvertido de la misma y de la sutura al interior de la vejiga.

En 1973, Stamey describe un método de suspensión uretrovesical utilizando así mismo una aguja larga que se pasaba de la incisión suprapúbica al tejido periuretral. Esta técnica difiere del método de Pereyra en varios aspectos, ofreciendo la principal ventaja de que no hay exposición suprapúbica o retropúbica abierta del cuello vesical. Se utiliza material sintético colocado debajo del tejido periuretral -

para proporcionar soporte y resistencia adicional a estos tejidos.

Más aún el procedimiento de Stamey resultó ser una técnica más segura por el uso de control cistoscópico, eliminando con esto las complicaciones mencionadas anteriormente.

ANATOMIA

La vejiga urinaria y la uretra surgen de un tejido mesenquimal común; por esta razón las capas musculares de la vejiga y de la uretra son idénticas. Las capas internas y externas se continúan a lo largo de la uretra, la capa interna se transforma en la capa longitudinal y la externa forma una capa circular de músculo liso que rodea a la uretra por completo. Embriológicamente la musculatura vesical se desarrolla antes que la musculatura trigonal. El trigono tiene dos capas de músculos; derivan del tejido mesenquimal y son una continuación de la musculatura uretral baja. Hay un abanico de la musculatura uretral en la vejiga que forma el trigono.

De tal manera, en el trigono hay una capa longitudinal interna y un componente circular externo. La capa interna se extiende en la uretra y se continúa en la musculatura vesical y uretral. La externa, o circular termina en el meato interno. Por esta razón hay una conexión entre el trigono y la musculatura detrusora, y la actividad de las fibras trigonales que influyen en la actividad del detrusor.

Las alteraciones de la capa circular que rodea la uretra contribuyen al descenso de la porción inferior o a una presión de cierre en la uretra y eventualmente la pérdida involuntaria de orina.

Existe en realidad, una considerable controversia sobre la importancia del ángulo posterior uretrovesical, y la tér-

minología actual omite esta distinción, aunque la forma de embudo de la base de la vejiga es el primer requisito anatómico para el inicio de la micción.

La musculatura uretral tiene así mismo un componente es triado, la cual es una capa de músculo que va desde el bulvo cavernoso, hasta la porción inferior del músculo detrusor.

El suelo pélvico está formado fundamentalmente por los músculos elevadores del ano, que crean un diafragma muscular ancho, ayudado posteriormente por el músculo coccígeo. El músculo elevador del ano, consta de tres músculos distintos; el Ileococcígeo, el Pubococcígeo y el puborectal.

Estos músculos surgen de la porción posterior de los huesos púbicos y de la rama inferior del pubis y transcurren a lo largo de la cara lateral de la uretra, de la vagina y del recto.

El músculo pubococcígeo tiene un trayecto solamente un poco inferior al antes mencionado.

Junto con el músculo pubococcígeo, el músculo puborectal se fija firmemente a la vagina y a las porciones media y posterior de la uretra para proporcionar una sujeción.

Junto con el ensanchamiento del hiato del elevador del ano en el diafragma pélvico hay, contracciones, relajaciones y elongaciones de los ligamentos parauretrales, frecuentemente denominados ligamentos pubouretrales posteriores, que se pegan a cada lado del tercio posterior de la uretra.

El papel fundamental de los ligamentos pubouretrales es la prevención del desplazamiento posterior excesivo de la uretra en un estado de no evacuación. Histológicamente, estos ligamentos contienen numerosos haces de músculo liso, que están junto a la extensión distal del músculo detrusor de la base de la vejiga.

La uretra posterior y el cuello vesical deben ser sometidas a una disección anatómica específica y a una sujeción-para-uretral, si se intenta conseguir la reposición de la uretra en su posición anatómica normal, como un órgano intraabdominal.

El grado de relajación anatómica, a menudo se menciona como una consideración para alcanzar el tratamiento adecuado de la Incontinencia Urinaria por Esfuerzo Anatómico.

FISIOLOGIA DE LA MICCION

Para comprender correctamente los factores asociados a la incontinencia Urinaria por Esfuerzo, es necesario conocer el mecanismo fisiológico normal de la micción en la mujer.

Estudios realizados por Muellner, han demostrado que el acto de la micción normal se inicia por influencia de presión intrínsecas y extrínsecas sobre la vejiga y la uretra. Básicamente el proceso de la micción se inicia por una relajación voluntaria de los músculos estriados de los diafragmas pélvico y urogenital; principalmente los bulbocavernosos y puborectales, que permiten la rotación posterior de la base de la vejiga y la unión uretrovesical. Al fijar en forma voluntaria el diafragma torácico, contracción intensa de los músculos abdominales y elevarse así la presión intraabdominal la base de la vejiga se corre hacia atrás; la consecuencia de esto, es que se estimulan las fibras sensoriales del sistema nervioso involuntario.

El acto de la micción se produce por el estímulo reflejo del trígono de la vejiga, por medio de las fibras nerviosas para simpáticas, las cuales provienen de los plexos nerviosos sacros.

Con la contracción del músculo de la base de la vejiga y con la relajación de los diafragmas pélvico y urogenital, hay pasaje a la uretra posterior, con un aumento de la presión intravesical por encima de la presión intrauretral, lo-

FISIOLOGIA DE LA MICCION

Para comprender correctamente los factores asociados a la incontinencia Urinaria por Esfuerzo, es necesario conocer el mecanismo fisiológico normal de la micción en la mujer.

Estudios realizados por Muellner, han demostrado que el acto de la micción normal se inicia por influencia de presión intrínsecas y extrínsecas sobre la vejiga y la uretra. Básicamente el proceso de la micción se inicia por una relajación voluntaria de los músculos estriados de los diafragmas pélvico y urogenital; principalmente los bulbocavernosos y puborectales, que permiten la rotación posterior de la base de la vejiga y la unión uretrovesical. Al fijar en forma voluntaria el diafragma torácico, contracción intensa de los músculos abdominales y elevarse así la presión intraabdominal la base de la vejiga se corre hacia atrás; la consecuencia de esto, es que se estimulan las fibras sensoriales del sistema nervioso involuntario.

El acto de la micción se produce por el estímulo reflejo del trigono de la vejiga, por medio de las fibras nerviosas para simpáticas, las cuales provienen de los plexos nervioso sacros.

Con la contracción del músculo de la base de la vejiga y con la relajación de los diafragmas pélvico y urogenital, hay pasaje a la uretra posterior, con un aumento de la presión intravesical por encima de la presión intrauretral, lo-

que permite a la vejiga vaciarse rápida y completamente.

Con el fin de mantener la continencia urinaria debe haber un adecuado gradiente de presión entre la uretra y la vejiga, así como una función normal del músculo detrusor.

En los niños la micción se debe al reflejo de contracción del detrusor, que hace aumentar la presión intravesical. A medida que pasa el tiempo se suprime este reflejo y la vejiga aumenta su capacidad hasta que el vaciado se debe al reflejo provocado al alcanzar el límite del volumen vesical y no sólo al reflejo detrusor.

En el funcionamiento vesicouretral existen tres tiempos:

1. Fase de llenado
2. Fase de contención
3. Fase de Micción- evacuación.

Fase de Llenado.- La vejiga como todo músculo liso, se adapta a su contenido y al llenarse mantiene una presión constante de 10 cm. de agua, hasta 250-350 ml. Este llenado es inconciente y constituye la fase tónica que se convierte en dinámica y conciente cuando la cantidad es superior a la cifra señalada, apareciendo entonces el deseo de la micción.

Contención.- Ingelman y Enhoring demuestran que, para que exista contención, es indispensable que la presión uretral sea superior a la presión vesical, y de acuerdo con sus estudios la presión más alta de la uretra se encuentra en su tercio medio y tercio posterior.

La uretra normalmente permanece cerrada a causa del tono propio del músculo liso de su pared, así como por los músculos del diafragma pélvico y urogenital, los cuales responden a los cambios de presión intraabdominal. En su posición normal intraabdominal, la uretra posterior está sujeta a las transmisiones de la presión intraabdominal, lo cual ayuda a mantener la competencia uretral.

Una pérdida gradual de estos músculos de sostén del piso pelviano, lleva a una incómoda disminución de la presión intrauretral y de este modo a la involuntaria e intermitente pérdida de orina, que se produce por súbitos cambios de presión intraabdominal, como el toser, el reírse o el ponerse de pie.

Estos cambios se asocian desde el punto de vista anatómico con la hernia de la uretra posterior y de la base de la vejiga a través del diafragma urogenital, el que se considera que está afuera de la verdadera cavidad pelviana.

De acuerdo a Ingelman, la presión más alta de la uretra se encuentra en su tercio medio, sitio que corresponde al llamado esfínter estriado voluntario de la uretra, y el cual está formado por haces musculares de los músculos siguientes: bulbocavernoso, transverso profundo, isquiocavernoso y muy especialmente por los haces pubococcígeos del elevador del ano. Todos ellos contribuyen a estrechar la uretra, pero este estrechamiento lo hacen por aplastamiento, a diferencia de otros esfínteres, pues las fibras circulares estriadas -

propias de la uretra son escasas y de poco valor funcional - como ya se había mencionado anteriormente.

Por último, el ligamento pubo-uretral mantiene fija la uretra contra el pubis para ayudar a la contención de orina.

También los vasos venosos periuretrales aunque en menor escala, contribuyen a la contención de la orina, pues su turgencia hace el papel de un manguito que aprieta la uretra. - Al llenarse la vejiga, normalmente aumenta la angulación de la uretra lo que contribuye a evitar la salida de orina.

Micción - Evacuación; cuando el contenido de la vejiga alcanza la cifra de 250-350 ml. el tono llega a su máximo, la presión intravesical aumenta, aparece el deseo de orinar, el detrusor se contrae y se abren los esfínteres.

Por todo lo anteriormente mencionado, es fácil comprender que para que exista contención en la orina, es necesaria una integridad anatómica y un correcto funcionamiento de todos los elementos que contribuyen a la micción normal.

INERVACION Y REGULACION HORMONAL

La vejiga recibe inervación de tres órdenes: simpática, parasimpática y somática, constituida por los nervios pudendos.

La inervación simpática se origina en las células de las astas laterales de la substancia gris medular; sus fibras pasan a las raíces anteriores de la región lumbar, abandonando la médula por los segmentos lumbares II a III y ocasionalmente IV. Estas fibras preganglionares establecen sinapsis en el ganglio mesentérico inferior y de ahí forman el plexo hipogástrico que se encarga de la inervación de los órganos pélvicos, entre ellos la vejiga y la uretra.

El simpático es un sistema autónomo que tiene sus centros localizados en el hipotálamo. La vejiga como órgano receptor del simpático, posee receptores alfa y beta que responden a los estímulos adrenérgicos de las catecolaminas, provocando relajación del detrusor y contracción del esfínter. Los estrógenos incrementan la acción alfaadrenérgica y favorecen el cierre vesical; la progesterona incrementa la acción de los receptores beta y produce relajación de la musculatura lisa y cierre insuficiente del esfínter uretral. Esta es la causa de la incontinencia durante el embarazo y el período premenstrual.

El parasimpático sacro es el encargado de la inervación de la vejiga, sus fibras parten de los segmentos sacros I,II,

y III, uniéndose para formar el nervio pelviano, del que parten fibras que se distribuyeron en los ganglios pelvianos de la pared vesical y del cuello de la vejiga; así como en recto y tracto genital. Su acción es muy importante en la micción, provocando la contracción de los músculos vesicales y la relajación del llamado esfínter vesical interno.

La sección del parasimpático condiciona retención urinaria con aumento de la tonicidad parietal de la vejiga y la evacuación espontánea refleja (Vejiga Automática). La sección de las raíces ventrales produce vejiga hipertónica y la sección de las raíces dorsales produce la vejiga hipotónica.

La inervación somática está dada por los nervios pudendos, los cuales tienen fibras motoras y sensitivas que nacen de la primera y segunda sacra y dan una rama que termina en el llamado esfínter uretral externo. Su papel es conservar la tonicidad de éste esfínter, la cual es regulada por inhibición subconsciente originada en la corteza cerebral. La presión uretral máxima de este esfínter es de 100 cm. de agua.

El área de la corteza cerebral relacionada específicamente con la micción se encuentra localizada en la porción antero-interna de los lóbulos frontales. Allí se encuentra la inervación que atañe al detrusor y al esfínter estriado periuretral.

El desarrollo de estos elementos en la infancia, da lugar a la continencia y el deterioro de estas vías en el anciano dá lugar a la incontinencia.

Desde los lóbulos frontales se transmite información al Tallo encefálico, al tálamo y ganglios basales, etc. Del músculo detrusor ascienden axones sensitivos al núcleo del detrusor, que se encuentra en el tallo encefálico.

Se ha demostrado que durante la estimulación nerviosa de la vejiga se liberan prostaglandinas y que éstas pueden acentuar la actividad del detrusor. Antes de que el detrusor se contraiga se registra una caída a pico de la presión uretral. Esta caída obedece a relajación de musculatura esquelética y a un bloqueo simpático.

Diversos estudios indican que no se requiere continuidad muscular para producir ésta caída a pico de presión y es probable que esto se deba a un fenómeno reflejo. Se sugirió que esta respuesta es medida por el sistema parasimpático, por acción de la acetilcolina, sobre los receptores alfa y beta que se encuentran en la base de la vejiga, en la uretra proximal y en el fondo vesical. Se demostró que la concentración de adrenalina, es importante en la medición de ésta respuesta porque las concentraciones bajas son relajantes, en cambio las concentraciones altas de esta catecolamina con traen la misma región.

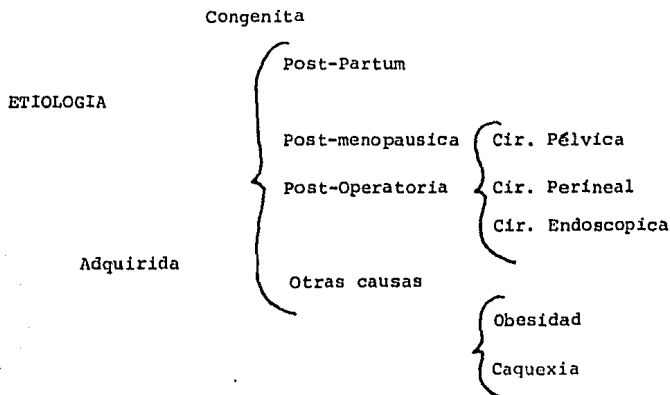
Por lo tanto la micción es consecuencia de la interacción de una compleja serie de acontecimientos. Para que se cumpla la micción el diafragma se fija, los músculos abdominales se contraen y el piso de la pélvis se relaja.

Estos grandes músculos que se hallan bajo control voluntario, requieren integridad anatómica. Justo después de éstas maniobras o quizá como consecuencia de ellas, se registra una caída de la presión uretral, seguida de una contracción del detrusor y expulsión de la orina.

La micción cesa una vez que la vejiga se vacía o el chorro se puede interrumpir voluntariamente contrayendo el músculo pubococcígeo. Los trastornos que afectan al músculo esquelético, a la médula espinal, a la corteza cerebral o a la compleja interacción entre receptores alfa y beta que pueden acarrear pérdida involuntaria de orina.

ETIOLOGIA

La incontinencia urinaria por Esfuerzo se origina a partir de diversos factores etiológicos entre los cuales destacan por su importancia el trauma obstetrico y la regresión - posmenopáusica de los tejidos pélvicos.



Debemos hacer notar que, a excepción de los casos de incontinencia congénita de Esfuerzo, en una misma paciente concurren ordinariamente varios factores causales. Con frecuencia existe una perturbación que no es lo suficientemente intensa para originar la pérdida de orina y esta se inicia en cuanto entra en juego otro factor causal.

VALORACION DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Los síntomas de la incontinencia por esfuerzo pueden dividirse en tres grados:

Grado I: Escape de orina sólo por esfuerzo intenso (tos, risa, estornudo).

Grado II: Escape de orina al correr y o al caminar.

Grado III: Incontinencia total.

Al elaborar la historia es importante descubrir a las pacientes que relatan el escape de orina después de sensación de urgencia por orinar y a quienes presentan dolor suprapúbico cuando se llena la vejiga.

El primero de estos síntomas puede relacionarse con una vejiga inestable, neuropática, y el segundo con una cistitis intersticial. Estos dos trastornos necesitan mayor valoración porque ninguno se aliviará con las técnicas que se utilizan para corregir la incontinencia por esfuerzo.

La parte más importante de la valoración es la demonstración real de la incontinencia inducida por esfuerzo y debe hacerse durante la exploración. Cuando la paciente tiene un deseo intenso de orinar y piensa que su vejiga está llena, se le pide que orine en el baño en la posición normal sentada. Puede colocarse una vasija debajo del asiento del sanitario para medir el volumen orinado, que se registra, y de inmediato se introduce una sonda uretral del No. 14 para determinar la orina residual en la vejiga,

Un volumen mayor de 10% de orina eliminada puede indicar una vejiga neuropática, no contráctil, que quizá no se vacíe espontáneamente después de la suspensión quirúrgica del cuello vesical y tal vez necesite valorarse en forma más completa antes de operar.

Una vez que se ha registrado el volumen residual la vejiga se llena lentamente a través de una sonda uretral unida a una jeringa vacía de 50 ml. que se sostiene verticalmente para que la vejiga se llene con agua por gravedad. Cuando la paciente indica que se ha llenado sin molestia (250 a 350 ml.) se anota el volumen de líquido en la vejiga. Es necesario observar cualquier aumento repentino en la columna de agua durante la fase de llenado de la vejiga porque son signos de contracciones vesicales espontáneas no inhibidos que tal vez deba valorarse adicionalmente.

Una vez que la vejiga está completamente llena sin molestias y la paciente se encuentra aún en posición de litotomía se le pide que tosa. Si hay un escape que coincide con la tos, se termina el examen. Si no se observa escape alguno se levanta la cabecera de la mesa hasta unos 45 grados y se observa nuevamente si la paciente tiene salida de orina al toser. Por último, si tampoco hay escape alguno en esta posición, se le pide que se ponga de pie y tosa con las piernas separadas. El escape en esta posición debe coincidir casi con la tos para evitar confundir la contracción espontánea inducida por la tos con un signo de incontinencia por esfuerzo.

La contracción vesical por la tos se presentará 5 a 15-seg. después de toser.

Antes de terminar el examen es necesario observar si - no hay rectocele ni cistocele. Los rectoceles importantes - pueden corregirse durante la intervención y los cistoceles - pequeños se corregirán automáticamente al suspender los tejidos a nivel del cuello vesical; en los cistoceles importantes quizá sea necesario profundizar la incisión vaginal. En este momento hay que hacer una exploración ginecológica bimanual y tomar un frotis de papanicolau si es necesario. Puede valorarse la sensibilidad perineal. Al terminar esta exploración la paciente debe recibir un antimicrobiano durante 24 hrs. como nitrofurantoina o trimetropín con sulfametoxazol, para evitar la infección de vías urinarias por el sondeo.

La uretrocistoscopia, los cistometrogramas y los cistogramas laterales con cadena, según algunos autores no deben utilizarse sistemáticamente para la valoración. Pueden incluirse cuando la paciente tiene síntomas o signos poco usuales de vejiga neuropática o se ha operado en múltiples ocasiones para corregir la incontinencia urinaria.

Sin embargo, como la incontinencia genuina indica que la pérdida involuntaria aparece como resultado de una presión diferencial entre la vejiga y la uretra, en ausencia de una contracción involuntaria del detrusor o de una relación uretral, y debe ser medida mediante pruebas urodinámicas adecuadas.

INDICACIONES DE LA TECNICA

Después de una amplia evaluación del caso, la selección del procedimiento quirúrgico adecuado es una de las decisiones más importantes.

Es importante identificar a las pacientes que no son candidatas para la aplicación uretral primaria y la suspensión por vía vaginal. Las situaciones siguientes aconsejan una suspensión uretral por vía abdominal.

- 1.- Relajación mínima o rotación posterior de la uretra y de la unión uretrovesical.
- 2.- Suspensión uretral junto con otras indicaciones de la cirugía abdominal, incluyendo miomatosis uterina, quiste de ovario o cualquier otro tipo de enfermedad abdominal-benigna.
- 3.- Debilidad de la sujeción facial de la uretra con ausencia de un defecto anatómico en el hiato del elevador, en una mujer multipara y posmenopausica.
- 4.- Trauma quirúrgico sobre los ligamentos suspensorios de la uretra y el diafragma pélvico, como la vulvectomía radical.
- 5.- Suspensión uretral en combinación con un procedimiento como la colporrhafia para la suspensión de la cúpula vaginal prolapsada, y contractura posoperatoria de la unión-uretrovesical.

ANALISIS Y DESCRIPCION DE LA TECNICA

Pereyra, en 1982 reporta una tasa de curación en pacientes con Incontinencia Urinaria por Esfuerzo de un total de 54 pacientes, una tasa del 87%, valorados en 4 años.

Quigley, por sus estudios efectuados con la técnica de Pereyra; reporta una tasa de éxito del 82%, valorado en un año.

Gary E. Leach, demostró en un trabajo publicado en 1984 un índice de curación con la técnica de Pereyra modificada del 94%. Sin embargo otros reportan 64% de éxitos. (Weil).

El principal problema que existe para el fracaso quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, es la pobre selección de pacientes y la sutura inapropiada, dando como resultado una inadecuada suspensión u obstrucción de la uretra, lo mismo que la inadecuada movilización de la uretra y pared vaginal anterior, todo esto dando fibrosis de grado variable.

Algunos autores recomiendan el uso de esta técnica particularmente en aquellas pacientes con cirugía anterior fallida para cura de incontinencia Urinaria de Esfuerzo, debido a que la exposición retropública permite la detección de adherencias formadas posteriormente a la cirugía anterior.

Entre las ventajas que se han descrito con el uso de la técnica de Pereira modificada se encuentran las siguientes:

- 1.- El procedimiento utiliza los ligamentos posteriores (pubouretrales, los cuales son los más fuertes para la sutura suspensoria para restaurar la uretra prolapsada en -- posición ortostática.
- 2.- La fascia endopelvica gana resistencia por la sutura suspensoria.
- 3.- Cada tejido involucrado en la reconstrucción es completamente expuesto a visión directa; por lo que las suturas-suspensorias pueden ser insertadas adecuadamente, con - riesgo mínimo de penetración en uretra o en vejiga.
- 4.- La sobrecorrección que se puede producir en la elevación de la uretra es corregida apretando las suturas suspensorias sobre la fascia abdominal; por lo que la uretra proximal queda contra el pubis inferior con movilidad moderada.
- 5.- La funcionalidad de la corrección quirúrgica puede ser - confirmada antes que la operación sea terminada, usando anestesia de conducción. El paciente tose posterior a - que la vejiga es llenada con 350 ml. de solución salina, para verificar la ausencia de incontinencia.
- 6.- La reparación de cistocele, comunmente presente, y la - realización de otra vaginoplastia requerida, se acompletan sin necesidad de reposición de la paciente.
- 7.- El procedimiento se realiza con el trauma mínimo de tejido, en menos tiempo, con alta predisibilidad y con mejores resultados, incluso que la técnica original de Percy ra.

A pesar de las grandes ventajas mencionadas anteriormente la técnica de Pereira modificada está asociada con algunos tipos de complicaciones entre las cuales se encuentran - las siguientes:

- 1.- Infección del tracto urinario.
- 2.- Uso prolongado del cateter uretral.
- 3.- Perforación de la vejiga.
- 4.- Perforación uretral.
- 5.- Obstrucción externa.

Quigley MD y King, reportan en sus estudios una frecuencia de cistitis del 50%, después de la cirugía, siendo esta la principal complicación.

En apoyo a lo anterior es el hecho de que Pereyra y cols. reportan como principal complicación de esta técnica - a la infección urinaria y en segundo lugar el uso prolongado del cateter uretral.

Por otro lado la recurrencia de la incontinencia urina - ria por esfuerzo es otra de las complicaciones que pueden - presentarse y esto como se ha mencionado anteriormente depen - de de una mala selección del paciente y una sutura inapropia - da.

Autores como Roberts han obtenido resultados desfavora - bles cuando utilizan material absorbible para mantener el - soporte; y cuando se ponen suturas no absorbibles entre la - vejiga, teniendo que retirarla.

PREPARACION DE LA PACIENTE

Una vez realizada la técnica anestésica (Generalmente -- bloqueo peridural continuo) se coloca a la paciente en posición de litotomía y se realiza aseo quirúrgico de todo el abdomen y de la región ginecológica. Particular interés se tiene en un minucioso aseo de la región suprapubica, vulva y vagina.

El material antiséptico que usamos es solución de Iodine, se colocan campos estériles aislando el abdomen, piernas y muslos de la paciente, colocando campos dobles en la región perianal aislando ésta zona del resto del campo operativo; con esto nuestra paciente queda lista para iniciar el acto quirúrgico.

Técnica Quirúrgica de Pereyra modificación de Raz.

Se coloca en la vejiga una sonda de foley del No. 18 - para posteriormente realizar una incisión en U invertida sobre la pared vaginal anterior. Se obtiene un colgajo de mucosa vaginal y queda expuesta la fasia uretral y la base de la vejiga.

Se realiza a continuación disección digital de la fasia-parauretral dirigiendo la punta del dedo disector hacia las ramas descendentes del hueso púbico hasta tocar la fasia endopélvica.

El siguiente paso consiste en abrir la facia endopélvica con tijeras finas para permitir la entrada al espacio de Retzius. Para ello se dirige la punta de la tijera hacia la-

rama isquiopúbica de cada lado; un pequeño corte a ese nivel abrirá la fascia endopélvica y permitirá el paso hacia el Retzius.

Esta maniobra se completa con disección digital hasta - que el dedo explorador pasa francamente al espacio de Retzius.

A continuación se pone un punto triple helicoidal a ambos lados del cuello de la vejiga apoyándose en la fascia parauretral. Podemos tomar con una pinza de allis dicha fascia con el objeto de apoyarnos al dar los puntos y de estar seguros que hemos tomado la fascia. Nos damos cuenta que nuestros puntos son colocados a nivel del cuello vesical tomando como referencia al globo inflado de la sonda de foley que previamente hemos colocado.

Para los puntos helicoidales a nivel del cuello vesical deberá usarse material no absorbible y monofilamento (Nylon-prolene) del calibre No. 1

Una vez referidos ambos cabos a cada lado, se procede a realizar una pequeña incisión suprapúbica (3-5 cm), disecando perfectamente el tejido graso hasta tocar a identificar la aponeurosis anterior del abdomen. Una vez disecada la aponeurosis se pasan agujas (usamos agujas de tejer calibre 3.5) - a través del retzius, para el paso de las agujas se deberá tomar las siguientes precauciones.

La aguja deberá dirigirse de primera instancia hacia el borde superior del hueso púbico, al chocar con éste se seguir

rá pasando procurando "rasurar" con la aguja el retropubis.- El paso de las agujas siempre deberá ser realizado hacia los lados y nunca hacia el centro.

Este paso se facilita mucho debido a que previamente hemos introducido por vía vaginal nuestro dedo en el Retzius,- de tal forma que el dedo colocado por vía vaginal entra en íntimo contacto con la punta de la aguja que se está pasando.

El dedo guía de esta manera a la aguja hasta que sale a la luz vaginal a un lado del cuello vesical.

Se procede a realizar cistoscopia con el objeto de descartar lesión vesical o perforación con permanencia del material en la luz vesical. Ambas agujas poseen un orificio en el extremo por donde se pasan los cabos de las suturas colocadas a nivel del cuello vesical; anudamos las suturas y sacamos ambas agujas por vía suprapubica.

En caso de que la paciente no tenga Cistocele o éste no tenga significancia ni clínica ni funcional procedemos a suturar el colgajo de mucosa vaginal con catgut crómico del O.

Nuevamente bajo visión cistoscópica observamos la morfología del cuello vesical generalmente alterada y como ésta adquiere su forma normal al traccionar los hilos suprapubicos. Traccionamos éstos hasta que bajo visión cistoscópica el cuello vesical tome su morfología normal, una vez obtenido esto y manteniendo una tracción uniforme, anudamos las -

suturas sobre la aponeurosis anterior del abdomen.

Por último se colocan puntos simples de Nylon 000 en la herida suprapúbica, previa verificación de la hemostasia.

Estamos convencidos que la finalidad del ginecólogo no sólo se debe limitar a la corrección de la Incontinencia Urinaria, sino que es fundamental para la paciente una reconstrucción adecuada tanto estética como funcional de su vagina y de su piso perineal.

Hemos observado que con la técnica de Pereyra modificada no podemos corregir el cistocele en su totalidad. En vista de este problema, ante los casos en los cuales las pacientes presenten un cistocele importante optamos por iniciar la cirugía tal y como si fuéramos a efectuar una plicatura de Kelly. Realizamos una incisión en T invertida. Abrimos la mucosa vaginal en forma amplia, diseccionamos la fascia de Halban para posteriormente seguir la técnica original de Raz. Obviamente no realizamos el colgajo original en U invertida.

Antes de anudar los hilos suprapúbicos, procedemos a reducir el cistocele con puntos de Kelly apoyados en la fascia de Halban. Resecamos la mucosa vaginal redundante y la cerramos con puntos separados de catgur 0 o 00.

La importancia de reducir el cistocele no tiene discusión alguna, no sólo terminamos de restituir la anatomía normal del piso vesical, también proporcionamos a la paciente una vagina estética y funcional. Es elemental terminar el

acto operatorio con una reconstrucción del piso perineal. -
En caso de que exista alteración de éste, efectuamos perineopl
plastía posterior con miorrafia de los músculos elevadores -
del ano.

O B J E T I V O S

- 1.- CONOCER LA TECNICA DE PEREYRA MODIFICADA PARA LA CORREC -
CION DE LA INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO.

- 2.- ANALIZAR LAS COMPLICACIONES Y MORBILIDAD DE ESTA TECNICA.

- 3.- VALORAR EL GRADO DE EFECTIVIDAD DE ESTA TECNICA A CORTO--
PLAZO EN LAS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA POR ES-
FUERZO.

- 4.- ASENTAR EN BASE A RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO QUE ALGUNAS-
PACIENTES SERAN CANDIDATAS Y ESTA TECNICA Y NO A LAS CLA-
SICAS QUE SE UTILIZAN EN EL SERVICIO POR RUTINA. PARA LA-
CORRECCION DE LA I.U.E.

MATERIAL Y METODOS

En el año en curso 1985; se realizaron en el servicio de Ginecología, en forma conjunta con el servicio de Urología,-- del Hospital Gral. Lic. Adolfo López Mateos (ISSSTE) 30 intervenciones de Pereyra Modificada para corrección de Incont^u nencia Urinaria por Esfuerzo.

El diagnóstico de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo veru dadera se baso en métodos clínicos y paraclínicos.

A la totalidad de las pacientes se les realizó lo si - - guiente.

- Historia Clínica completa
- Exámenes de Laboratorio (Biometría Hemática, Quíu mica sanguiu nea, pruebas de coagulación, Exameu nes General de orina, Urocultivo,- Frotis y cultivo de Exudado vaginal Papanicolau).
- Estudio Cistoscopico.
- Prueba de Marshall y Bonney.

Fue requisito para que ingresaran al estudio que los parametros de laboratorio antes señalados se encontraran dentro de límites normales. La valoración clínica consistio en la -- prueba de Marshall y Bonney.

A las 30 pacientes se les efectuaron estudios urodinamiu cos para descartar patología disfuncional agregada y para con

firmar el diagnóstico de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo - verdadera.

Fué requisito para ingresar al estudio que las pacientes tuviesen estudio cistoscópico normal. Aquellas pacientes a -- las cuales les fué detectada patología tal como trigonitis, - edema buloso del cuello vesical, trabeculación vesical, etc.- fueron tratadas a base de antiinflamatorios y trimetropin --- con Sulfametoxazol por espacio de tres meses y nuevo estudio cistoscópico de control que descarto la patología previa.

Los parámetros analizados fueron los que a continuación se mencionan;

- Edades y Paridad
- Tiempo de evolución del Padecimiento y Grado de Incontinencia
- Síntomas principales
- Grado de Cistocele y Rectocele
- Prueba de Marshall y Bonney
- Antecedentes de cirugía para corregir I.U.E
- Estudios Urodinámicos
- Tiempo empleado en la técnica
- Complicaciones Quirúrgicas
- Complicaciones Posoperatorias
- Tiempo promedio de Hospitalización
- Estado actual de la paciente

R E S U L T A D O S

La tabla 1 analiza las edades encontradas en el grupo de pacientes estudiadas.

T A B L A 1

E D A D E S

AÑOS	NUMERO	%
25 - 30	4	13.30
31 - 45	18	60.00
46 - 60	5	16.70
61 - 75	3	10.00
76 o +	0	—
TOTAL	30	100.00

Como se podrá ver en la tabla anterior (1) la edad de -- las pacientes estuvo comprendida entre los 25 y los 75 años - de edad; estando la mayoría de estas pacientes en el grupo de 31 a 45 años, correspondiendo al 60%, ninguna fue menor de 25 ni mayor de 75.

Estas pacientes fueron seleccionadas al azar en cuanto a las edades referidas por diagnóstico de incontinencia Urinaria por Esfuerzo.

Como se podrá apreciar en la tabla 2 ninguna de las pa-
cientes fué nulípara y el número de partes varió entre 1 a --
más de 10.

T A B L A 2

PARIDAD

PARIDAD	No. PACIENTES	(%)
P. I a III	14	46.60
P. IV a VI	12	40.00
P. VII a IX	2	6.70
P. X o +	2	6.70

La mayor parte de las pacientes, 26 de 30, tuvieron en -
promedio un número de I a VI partes.

En el esquema siguiente (Tabla III) objetivizaremos el-
tiempo de evolución del padecimiento y los diversos grados --
de Incontinencia Orinaria de esfuerzo que presentaron todas -
las pacientes. Cabe mencionar que de todas las pacientes so--
lamente dos pacientes habfan sido sometidas a cirugía correc-
tora previa de la Incontinencia por Esfuerzo. La técnica uti-
lizada en estas pacientes fue Plicatura de Kelly.

El tiempo de evolución en dichas pacientes fué tomado al
tiempo de aparición de la Incontinencia Recidivante, después-
de dicha intervención.

T A B L A III

T. EVOLUCION	No. PAC	I.U.E.	No. PAC
0 - 1 Año	10	G - I	5
2 - 4 Años	14	G - II	16
5 - 9 Años	6	G - III	9
10 - 6 Más	0		

En la tabla siguiente (4) establecemos los síntomas con que la paciente acudio a la consulta. Notese que el síntoma más frecuentemente asociado a la I.U.E, la cual todas tenían, fué la irritación de las vías Urinarias bajas y en segundo -- lugar la sensación de cuerpo extraño en vagina.

T A B L A IV

SINTOMAS PRINCIPALES

SINTOMA	No. PAC	(%)
I.U.E.	30	100.00
I.V.U.B	22	73.33
SENSACION		
CUERPO	5	16.70
EXTRAÑO		

Todas las pacientes que acudieron a la consulta refiriendo sensación de cuerpo extraño en vagina tuvieron un uretrocistoccele grado III. Sin embargo no todas las pacientes con uretrocistoccele grado III tuvieron sensación de cuerpo extraño -- en vagina.

En la tabla V analizamos el grado de cistocele y uretrocele así como el rectocele que se observo en estas pacientes.

Todas las pacientes fueron abordadas quirúrgicamente como en la técnica de Kelly original, para corregir en forma satisfactoria el cistocele importante.

La colpoperineoplastia posterior con miorrafia de músculos elevadores del ano solamente se efectuó en pacientes con Rectocele grado II o mayor.

T A B L A V

U.CISTOCELE	No. PAC.	RECTOCELE	No. PAC
G - I	7	G - I	9
G - II	15	G - II	16
G - III	8	G - III	5

Las pruebas de Marshall y Bonney fueron positivas en todas las pacientes, incluyendo las dos pacientes con cirugía-reparadora previa.

Los estudios de laboratorio que se consideraron en este estudio fueron básicamente los de rutina del servicio como son frotis y cultivo de exudado vaginal, urocultivo, EGO, y Papanicolaou y de los cuales solamente se les dio tratamiento a las pacientes que tuvieron resultados patológicos.

El tratamiento fue específico para el agente etiológico y después de negativizarse las pacientes fueron manejadas igual que el resto de pacientes del estudio. Las pruebas Posoperatorias todas fueron normales.

En la tabla que se muestra a continuación se encuentran resumidos los estudios Urodinámicos efectuados en estas pacientes.

T A B L A VI
ESTUDIOS DE URODINAMIA

ESTUDIO	PAC.	RESULTADOS
UROGRAFIA EXC.	23	NORMAL
U. CISTOSCOPIA	24	NORMAL
	6	ANORMAL
FLUJOMETRIA	30	NORMAL
SENSIBILIDAD	30	NORMAL
REF. DETRUSSOR	30	POSITIVO
MARSHALL Y BONNEY	30	POSITIVO

Todas las pacientes fueron sometidas a exámenes pélvico-- el cual se encontro dentro la normalidad y sin patologías agregadas.

A las pacientes a las cuales no se les efectuó la Urografía excretora, fue por causa administrativa y otras porque la paciente no acudió.

De los 30 estudios uretrocistoscópicos efectuados 6 fueron anormales (2 Trigonitis y 4 Vejigas con trabeculaciones) - las cuales fueron manejadas medicamente y efectuadas las cistoscopias de control continuaron en el estudio.

Como podra verse, la totalidad de las pacientes mostraron al entrar al estudio, estudios urodinamicos normales.

TIEMPO EMPLEADO EN LA TECNICA.

El tiempo quirúrgico utilizado fue variable; desde 55 minutos en que no existió ninguna dificultad para el paso de las agujas y fijación, hasta 90 minutos en aquellas pacientes que presentaron perforación vesical inadvertida después del paso de las agujas y corroboración cistoscópica. Sin embargo el tiempo promedio del acto es de 60 minutos; lo cual esta sujeto a la habilidad quirúrgica del cirujano.

T A B L A VII
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

COMPLICACIONES	NUMERO	(%)
PERFORACION VESICAL	5	17.0
PERFORACION URETRAL	1	3.0
LESION URETERAL	-	-
HEMORRAGIA	-	-
TOTAL	6	20.0

T A B L A VIII
COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

INFECCION URINARIA	4	13.33
FISTULAS	-	-
HERIDAS INFECTADAS	-	-
HEMATOMAS	-	-
RETENCION URINARIA	6	20.0
TOTAL =	10	33.33

Como se puede apreciar en la tabla VII las complicaciones transoperatorias fue de un 20% del número total de pacientes - y la única complicación fue la perforación de vejiga y de uretra. Las perforaciones de vejiga se efectuó en forma accidental al pasar las agujas. La perforación de la uretra fué digital al efectuar la disección de la fascia parauretral.

Todos los casos de perforación fueron manejados con una sonda de Foley No. 18 por un tiempo de 14 días sin que se presentara complicación alguna posteriormente. La perforación uretral se cerro primariamente con puntos separados de catgut del 000 cm dos planos.

Todas las pacientes se manejaron durante las primeras dos semanas de posoperatorio con trimetropin y sulfametaxazol; sin embargo del numero total de pacientes, cuatro o sea el 13.33 - por ciento presentó infección de vias urinarias bajas; esto -- fue corroborado por los síntomas referidos y urocultivo de estas pacientes. El cuadro infeccioso desaparecio con ampicilina por 10 días a dosis de 500 mg. cada 6 hrs.

No encontramos incidencia de fistulas en estas pacientes- incluso en las pacientes que se perforaron durante la cirugía- y por otro lado la retención urinaria que presentaron las pacientes se controló con sonda intermitente durante un tiempo - no mayor de una semana.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 4 días que -- fue así mismo el tiempo promedio de permanencia de la sonda,--

la cual se retiró al egresarse del servicio a la paciente.

Ninguna paciente amerito más de 4 días de estancia hospitalaria. Fueron egresadas con estado general satisfactorio.

El tipo de anestesia que se utilizó en todas las pacientes fue el bloqueo epidural, no existiendo en nuestras pacientes ningún tipo de complicaciones anestésicas.

El sangrado transoperatorio osciló entre 200 a 350 ml. -- aproximadamente y ninguna paciente ameritó transfusión sanguínea.

T A B L A IX

CIR. PREVIAS	No. PAC.	CURADAS	MEJORADAS	FALLIDAS
1	2	2	0	0
0	28	26	2	0
<hr/>				
TOTAL =	30	28	2	0

Todas las pacientes que se refieren en la tabla anterior tiene un tiempo mínimo de evolución posoperatoria de 6 meses - y al momento solamente 2 de las 30 pacientes continuaron con I.U.E. aunque cabe mencionar que estas dos pacientes residivas tienen mejoría de la incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

Como es posible ver y comprenderse los resultados del presente estudio se limita a la eficacia que muestra ésta método-quirúrgico a un plazo de 6 meses como mínimo. Sin embargo ya es bastante referida en la literatura actual el alto índice -- de curaciones de la I.U.E que se obtienen con esta técnica --- quirúrgica, cuando se selecciona en forma adecuada la paciente y el diagnóstico de Incontinencia Urinaria de esfuerzo es real.

Estudios a posterior a un plazo mayor podran proporcionar mayor valor y apoyo a esta técnica, la cual como ya se mencio- no anteriormente tiene un alto índice de efectividad en aque-- llas pacientes bien seleccionadas y estudiadas.

No efectuamos correlación entre el tiempo de evolución -- de la I.U.E y el estado actual de la paciente ya que las dos - pacientes con mejoría tuvieron un tiempo de evolución variable y un grado de Incontinencia igual (Grado III)

COMENTARIO.

Es realmente una experiencia de mucho provecho el aprender y aplicar una nueva técnica la cual no es muy utilizada en nuestro servicio para la cura de la Incontinencia Urinaria de-Esfuerzo; a pesar de los reportes ya existentes de altos índices de curación en las pacientes bien diagnósticadas y seleccionadas para esta técnica.

Hemos comprobado que la técnica de Pereyra modificada, para resolver este problema tan frecuente en nuestro servicio, es confiable, fácil de realizar, con una morbilidad baja y por lo menos a un plazo de 6 meses, que es el mínimo para valorar la cura, una tasa elevada de éxitos.

Las complicaciones que encontramos en el estudio son las ya reportadas en la literatura, con una frecuencia que varía de acuerdo a la experiencia del cirujano.

Nuestra tasa de curación fue del 93.3% la cual gira al rededor de las cifras reportadas en la actualidad en la cura de la I.U.E con la Técnica de Pereyra Modificada.

Ninguna de nuestras pacientes experimentaron dolor importante en el posoperatorio inmediato.

El valor que tienen los estudios urodinámicos en la valoración de la paciente incontinente es extremadamente importante, desafortunadamente el equipo para poder realizar dicha valoración no está al alcance de todas las unidades hospitalarias donde se manejan este tipo de pacientes.

Sin embargo un estudio cistométrico realizado con una columna de agua (Cistometria Indirecta) nos proporciona información suficiente para descartar patología neurológica.

El estudio cistoscópico transoperatorio no debe emitirse por ningún motivo ya que el paso de las agujas es ciego y el único recurso para determinar si existe lesión vesical o no -- con el paso de las agujas es la realización del estudio. Por otro lado, el control cistoscópico en el momento de la tracción de ambos cabos suprapúbicos, observando como la morfología del cuello vesical adquiere su posición y arquitectura anatómica normales, es básico para el buen éxito de la intervención.

Nuestro estudio es limitado, tanto en número de pacientes como en el tiempo de evolución posoperatoria, pero es el tiempo mínimo para valorar este tipo de cirugía y tomar en serio su índice de efectividad, sin embargo un estudio con un mayor número de pacientes y valoradas a mayor tiempo es aconsejable.

CONCLUSIONES.

- 1.- La técnica abdominovaginal (Pereyra Mod.) para la corrección de la Incontinencia Urinaria para Esfuerzo es una técnica sencilla y fácil de realizar para el Ginecólogo familiarizado con las estructuras anatómicas implicadas.
- 2.- La técnica tiene una morbilidad baja.
- 3.- Las complicaciones son mínimas si se realiza correctamente
- 4.- Para una correcta realización, el Ginecologo debiera conocer las bases fundamentales de endoscopia Urológica.
- 5.- Esta técnica puede realizarse con buenos resultados como intervención de primera intención y también en los casos de Incontinencia urinaria recidivante.
- 6.- La reducción de un cistocele importante cuando existe, con puntos de Kennedy es de un valor indiscutible.
- 7.- Las complicaciones quirúrgicas y posoperatorias son mínimas, así como un tiempo de hospitalización bastante corto.
- 8.- El tiempo de permanencia de la sonda de foley es generalmente corto.
- 9.- La técnica tiene excelentes resultados valorado en un plazo de 6 meses, cuando los casos son seleccionados adecuadamente.
10. En este estudio no son valorables los resultados a largo plazo.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ArieH Bergman. Urodynamic Changes After successful operation for stress Urinary incontinence. AM. J. OBSTET. Gynecol. 147; 325; 1983.
- 2.- Antoine Weil. Modifications of the uretral rest and stress profiles after diffent types of sugery for urinary stress-incontinence. British J. Osbt. Gynecol. january 1984 vol.- 91 pp. 46-55
- 3.- D. Richardson. The effec of uterovaginal prolapse en urethrovesical pressure dynamics. AM. J. Obstet. Gynecol. 146 901 1983.
- 4.- L.C. Powell. Retropubic Urethocystopexy; Vaginal Aproach.- AM. J. Obstet. Gynecol 140; 91 1981.
- 5.- Sigurd Kulseng. Prevalence and pattern of unstable urethra pressure in one Hundred seventy-four gynecologic patients-refrre for Urodynamic investigation. AM. J. Obstet. Gynecol. 146;895 1983.
- 6.- Narender N. Urodynamics in Women with stress urinary incontinence. Obstet. Gynecol 60;552 1982.
- 7.- Aaron Poliak. Slig operation for recurrent stress Incontinence using the tendon of the palmaris longus. Obstet. Gynecol. 63; 850, 1984.

- 8.- Jonathan S. Suprapubic Endoscopic Vesical Neck Suspension-
The. Journal Of urology. August. vol 122. 165.
- 9.- Serafim Iosif. Comparative urodynamic studies of continent
and stress incontinent women in pregnancy and in the puer-
perium. AM. J. Obstet. Gynecol 140; 645 1981.
10. E. FORNERET. Cost-effective treatment of female stress uri-
nary incontinence; Modified Pereyra bladder neck suspen --
sion. Urology April 1985. vol 25 no. 4
11. Gary Leach. Modified pereyra bladder neck suspension after
previously failed anti-incontinence sugery.
Urology. April. 1984. vol. 23. no. 4.
- 12.- J. Quigley. tranvaginal retropubic urethropexy.
The revised pereyra procedure; report of 50 cases.
Am. Journal. Obstet. Gynecol. 139; 268 1981.
13. Armand pereyra MD. Pubourethral supports in perspective; -
Modified Pereyra procedure for urinary incontinence. Obs -
tet. Gynecol. 59; 643 1982.
14. Urogolgia Ginecologfa.
A. de gallo. 1978
- 15.- Ginecologfa Operatoria de
T. Ling de. 1981.
16. Incontinencia Urinaria en la Mújer.
J. Cantor. 1982.