

11209

2 ej 93



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.

## ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DRA. BLANCA MARGARITA VARGAS PEDRAZA

*DR. GONZALO MALDONADO IBARGUEN*

ASESORES:

DR. ENRIQUE FERNANDEZ RIVERA

DR. JUAN MIGUEL SANABRIA TORRES

MEXICO, D. F.



1989



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.

## INDICE

TEMA	PAGINAS
INTRODUCCION .....	1
ANTECEDENTES HISTORICOS .....	3
OBJETIVO .....	6
ANATOMIA .....	7
FISIOLOGIA .....	8
ETIOPATOGENIA .....	12
HISTORIA Y EXAMEN FISICO .....	16
METODOS AUXILIARES DIAGNOSTICOS .....	19
TRATAMIENTO .....	20
MATERIAL Y METODOS .....	29
RESULTADOS .....	32
CONCLUSIONES .....	36
BIBLIOGRAFIA .....	37

## INTRODUCCION

EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO HA SIDO OBJETO DE NUMEROSOS TRABAJOS Y OCUPA COMO TEMA OFICIAL LOS PROGRAMAS DE MUCHOS CONGRESOS AÚN RECIENTES.

SU PALPITANTE INTERÉS DERIVA DE LA INTERPRETACIÓN DE LA ANATOMÍA NORMAL Y PATOLÓGICA EN LA ENCRUCIJADA UROGENITAL FEMENINA; DEL ESTUDIO DE SU FISIOLÓGÍA Y DE SU PATOLOGÍA; DE LA PROFUSIÓN DE TRATAMIENTOS PROPUESTOS; DE LA FALACIA A VECES INESPERADA E INEXPLICABLE DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS; DE LAS PERSISTENTES INCÓGNITAS AÚN POR DESCUBRIR.

CONSTITUYÉ UN AGRAVIO A LA PULCRITUD FEMENINA ÍNTIMA Y CONFIGURA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS UNA PENOSA INVÁLIDEZ, PROVOCA LOCALMENTE LESIONES VULVOPERINEALES EN LOS TEJIDOS CONSTANTEMENTE BAÑADOS POR LA ORINA, Y CREA, EN SUS FORMAS SERVERAS PROFUNDAS ALTERACIONES DEL CARÁCTER Y AÚN DE LA PSIQUIS DERIVADA DE UNA AFECCIÓN, TAN A MENUDO OCULTA POR LA MUJER. TRANSFORMANDO LA ESFERA FÍSICA, PSÍQUICA Y AFECTIVA.

DESTAQUEMOS QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LOS CIRUJANOS DESDE HACE MÁS DE MEDIO SIGLO EN EL TRATAMIENTO DE LA INCOTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO NO SON UNIVERSALMENTE RADICALES: DE ALLÍ LA CANTIDAD Y VARIEDAD DE TÉCNICAS PROPUESTAS. ÉSTOS RESULTADOS NO RESPONDEN FIELMENTE NI A LAS APTITUDES TÉCNICAS NI A LA EXACTITUD DE LA

INDICACIÓN, EN IGUALES O SEMEJANTES CASOS; Y ESTO CREA LA  
REMOCIÓN DE IDEAS EN TODOS LOS AMBIENTES CIENTÍFICOS.

## ANTECEDENTES HISTORICOS

LOS INTENTOS PARA CORREGIR LA INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO DATAN DE APENAS UNOS CIENTO AÑOS. DESDE LA ÉPOCA DE LOS ANTIGUOS EGIPCIOS SE DESARROLLARON TÉCNICAS PARA AYUDAR A LAS MUJERES DESAFORTUNADAS QUE SUFRÍAN DE FÍSTULAS VESICOVAGINALES PERO LOS MÉTODOS NO SE APLICARON A LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO HASTA LA FECHA MÁS RECIENTE. EN 1864 BAKER BROWN HIZO USO DE LOS PRIMEROS INTENTOS PARA TRATAR ESTE PROBLEMA PRÁCTICANDO UNA CISTOSTOMÍA SUPRA-PUBÍCA EN UNA MUJER CON INCONTINENCIA (9).

LOS INICIOS DEL SIGLO XX LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA CORREGIR LA INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO SE ENFOCARON A TRES PRINCIPIOS IMPORTANTES: PLEGAMIENTO VAGINAL DEL CUELLO DE LA VEJIGA Y DEL ÁREA URETRAL, CABESTRILLOS URETERALES MUSCULOFACIALES Y SINTÉTICOS Y PROCEDIMIENTOS DE VESICoureTROPEXIA. EN 1911, KELLY POPULARIZÓ EL PLEGAMIENTO URETERAL PARA CORREGIR LA INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO (3). INCLUÍA LA APLICACIÓN DE PUNTOS DE SEDA DE COLCHONERO PARA UNIR A LOS TEJIDOS ALREDEDOR DE LA URETRA O DEL CUELLO VESICAL A TRÁVES DE UNA INSICIÓN VAGINAL. EN 1914 DE LAS 20 PACIENTES QUE TRATO 90% CURARON O MEJORARON INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, PERO EN LOS RESULTADOS SÓLO CURÓ O MEJORÓ EL 65%.

UTILIZÁNDOSE UN SEGUNDO ENFOQUE PARA ESTE PROBLEMA LOS CIRUJANOS COMENZARON A COLOCAR CABESTRILLOS MUSCULO-

FACIALES INCLUSO SINTÉTICOS ALREDEDOR DE LA URETRA Y DEL CUELLO VESICAL INTENTANDO ESTRECHAR Y ELEVAR ESTA ÁREA Y PREVINIENDO EN CONSECUENCIA EL ESCAPE DE ORINA. LOS RESULTADOS VARIARON Y FUE DIFÍCIL COMPARARLOS POR LAS DIFERENTES POBLACIONES DE PACIENTES QUE INCLUYERÓN.

EL TERCER 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 (10). FIJO LA PORCIÓN ANTERO-SUPERIOR 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. NO FUE SINO HASTA 1949 CUANDO MARSHALL, MARCHETTI Y KRANTZ PUBLICARÓN SUS ÉXITOS CON LA SUSPENSIÓN VESICouretral A TRÁVES DE UNA INCISIÓN SUPRAPÚBICA QUE POPULARIZÓ ESTE MÉTODO QUIRÚRGICO PARA CORREGIR LA INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO (5).

DESDE QUE MARSHALL, MARCHETTI Y KRANTZ ESCRIBIERON SU MÉTODO DE ELEVACIÓN SUPRAPÚBICA ABIERTA DEL TEJIDO URETROVESICAL, SE HAN DESARROLLADO VARIOS MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA LLEVARLA A CABO. EN 1959, PEREYRA DESCRIBIÓ EL USO DE UNA AGUJA LARGA DE DISEÑO ESPECIAL COLOCADA A TRÁVES DE UNA INCISIÓN SUPRAPÚBICA SUPERFICIAL (6).

EN 1973, STANEY DESCRIBIÓ UN MÉTODO DE SUSPENSIÓN URETROVESICAL UTILIZANDO UNA GUJA LARGA QUE SE PASABA DE LA INCISIÓN SUPRAPÚBICA AL TEJIDO PERIURETRAL, ESTE PRO-

CEDIMIENTO MEJORO CONSIDERABLEMENTE LA COLOCACIÓN DE LA AGUJA Y LAS SUTURAS DEL CUELLO VESICAL POR EL USO DEL CISTOSCOPIO. EN 1982, SE PUBLICA EL PROCEDIMIENTO MODIFICADO DE PEREYRA. (6)



## OBJETIVO

EL OBJETIVO PRIMORDIAL DE ESTA TESIS ES DEMOSTRAR QUE TÉCNICA QUIRÚRGICA ES MEJOR PARA LA ENFERMA QUE ACUDE AL HOSPITAL POR PRESENTAR INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. ASI MISMO LO MÁS IMPORTANTE ES LA DEMOSTRACIÓN REAL DE LA INCONTINENCIA INDUCIDA POR ESFUERZO Y REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA VEJIGA INESTABLE, NEUROPÁTICA O UNA CISTITIS INTERSTICIAL, MEDIANTE UN EXAMEN Y VALORACIÓN UROLÓGICA.

EL ESTUDIO NOS PERMITIRÁ DEMOSTRAR EN BASE A LOS RESULTADOS QUE LA TÉCNICA DE PEREYRA OFRECE UNA MEJOR OPCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO POR LA CORRECCIÓN DEL ÁNGULO URETROVESICAL EN COMPARACIÓN CON LA APLICACIÓN DE PUNTOS DE KELLY QUE SOLO DISMINUYE EL DIÁMETRO DE LA URETRA, NO CORRIGIENDOSE DE ESTA MANERA EL PROBLEMA DE FONDO.

## ANATOMIA

LA VEJIGA ES UN ÓRGANO HUECO INTRAPÉLVICO, CONSTITUIDO DE MÚSCULO LISO CUYAS TRES CAPAS CLÁSICAS: LONGITUDINAL EXTERNA, CIRCULAR MEDIA Y PLEXIFORME, EXHIBEN LA DIFERENCIA DE SUS FIBRAS EN FUNCIÓN DE LOS CAMBIOS DE VOLUMEN DEBIDO A SU REPLECIÓN Y EVACUACIÓN. LA PORCIÓN CÉRVICO-TRIGONAL, DE LA VEJIGA ESTA EN ÍNTIMA RELACIÓN CON EL DIAFRAGMA URÓGENITAL, A TRÁVES DE LOS MÚSCULOS, FASCIAS Y PROLONGAMIENTO DEL ELEVADOR DEL AÑO.

LA URETRA ES UN TUBO MUSCULAR DE 3 A 4 CM DE LONGITUD CON EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO CON FIBRAS LONGITUDINALES DE MUSCULO LISO QUE SON CONTINUACIÓN DIRECTA DE LAS FIBRAS LONGITUDINALES DE LA VEJIGA. CON RESPECTO AL ESFÍNTER URETRAL SE CONSIDERA AL INTERNO Y EL EXTERNO QUE ES DE MUSCULO ESTRIADO CON DOS CAPAS DEL DIAFRAGMA UROGENITAL, EN SU PORCIÓN PUBOCOCÍGICA DEL ELEVADOR DEL AÑO, DE LOS MUSCULOS PARAURETRALES QUE FUNCIONAN COMO UNA UNIDAD DENTRO DEL PISO PÉLVICO. ÉSTA INERVADO POR EL NERVIPO PUDENDO RAMA DEL HIPOGÁSTRICO INFERIOR.

EL MECANISMO SUSPENSORIO DE LA URETRA EN LA MUJER DEPENDE DE LA CONDENSACIÓN DE LA FACIA ENDOPÉLVICO CON EL MÚSCULO ELEVADOR DEL AÑO, OBTURADOR INTERNO. DE LOS LIGAMENTOS ANTERIOR (CONTINUACIÓN DEL SUSPENSORIO DEL CLITORÍS) POSTERIOR (PUBO-VESICAL).

## FISIOLOGIA

MICCIÓN ES EL PROCESO POR VIRTUD DEL CUAL LA VEJIGA URINARIA SE VACÍA CUANDO ESTA LLENA. PARA COMPRENDER MEJOR LA FISIOLOGÍA VESICAL ESTUDIAREMOS TRES MECANISMOS SUCESIVOS DE REPLECIÓN, CONTENCIÓN Y DEPLECIÓN DEL RESERVORIO URINARIO.

REPLECIÓN EN ÉL SE ACUMULA EN EL INTERVALO DE LAS MICCIONES, LA ORINA VERTIDA POR LOS URETERES. EL DETRUSOR EN VIRTUD DE SU TONO ESPECIAL, VA ADAPTÁNDOSE A UN VOLUMEN CRECIENTE DE ORINA SIN VARIANTES DE LA PRESIÓN ENDOVESICAL LA CUAL SE MANTIENE ENTRE 5 Y 10CM DE AGUA. EN DETERMINADO MOMENTO LA ADECUACIÓN SUCESIVA A VOLÚMENES CRECIENTES EN VEZ DE PRODUCIR UN REFLEJO DE ADAPTACIÓN RELAJANDO LAS FIBRAS MUSCULARES GENERA UNA HIPERPRESIÓN ACUSADA POR LA CONTRACCIÓN DEL DETRUSOR A SU CONTENIDO Y DESPIERTA EL DESEO DE ORINAR: LA REPLECIÓN HA CULMINADO, SIENDO ESTA UNA CONSECUENCIA DEL TONO VESICAL.

COMO LO DEMOSTRARON A FIN DEL SIGLO, MOSSO Y COLABORADORES, LA PRESIÓN INTRAVESICAL SE MANTIENE CONSTANTE DESDE LA VACUIDAD, HASTA QUE LA VEJIGA CONTIENE 250 A 300 CM DE ORINA; EN ELLA SE CUMPLE LA LEY DE UEXHÜLL QUE DICE: EL MÚSCULO LISO OPONE A UNA DISTENSIÓN PROGRESIVA UNA RESISTENCIA INVARIABLE; ESO CARACTERIZA EL TONO. AUNQUE LA REPLECIÓN VESICAL SE CUMPLE POR VÍA REFLEJA, ES CONTROLADA Y TAMBIÉN PUEDE SER INDEPENDIENTE DE LA CORTEZA CEREBRAL; ELLO GENERA UNA ADPATACIÓN TÓNICA Y PROGRESIVA DE

LA VEJIGA A SU CONTENIDO, EVIDENCIANDO UN CLARO FENÓMENO DINÁMICO, DE ELASTICIDAD ACTIVA CUMPLIDA POR EL TEJIDO MUSCULAR Y CONJUNTIVO.

CONTENCIÓN. POR ENCIMA DE LAS COMPROBACIONES ANATÓMICAS EXISTE UN HECHO DINÁMICO QUE DEBE DESTACARSE; CUANDO LA VEJIGA ALCANZA EL LÍMITE DE SU CAPACIDAD FISIOLÓGICA (300 CM) ENTRA EN EL JUEGO EL BALANCE TÓNICO PARA IMPEDIR EL ESCAPE DE ORINA, LA FUERZA DEL DETRUSOR DISTENTIDO SE OPONE A UNA RESISTENCIA COMPLETA EN LA QUE PARTICIPAN ELEMENTOS ACTIVOS Y PASIVOS.

LA VIGENCIA FISIOLÓGICA, DESTACA LA OCLUSIÓN DEL CUELLO AL APOYAR LA PARED URETRAL POSTERIOR CONTRA LA ANTERIOR: Y COMO REFUERZO DE ESA CONCEPCIÓN DINÁMICA, CUANDO SE ROMPE EQUILIBRIO DE FUERZA ENTRE EL DETRUSOR Y EL COMPLEJO APARATO TRÍGONO-CÉRVICO URETRAL, OBSERVAREMOS RETENCIÓN DE ORINA EN LOS CASOS DE HIPERTONÍA O INCONTINENCIA DE ORINA EN LOS CASOS DE ATONÍA.

PARA DAVIS, CONSTAR DE TRES PARTES UN ESFÍNTER, SUPERIOR, A NIVEL DEL PERINE PROFUNDO FORMADO POR FIBRAS DE PUBOCOCÍGEO; UN ESFÍNTER MEDIO, FORMADO POR LAS FIBRAS CIRCULARES DE LOS TRANSVERSOS PROFUNDOS QUE ESTA EN PERINÉ MEDIO; Y UN ESFÍNTER INFERIOR REPRESENTADOS POR FIBRAS DE MÚSCULOS ANEXADOS A LOS ELEMENTOS ERÉCTILES DEL PERINE SUPERFICIAL (BULVO-CAVERNOSOS E ISQUIOCAVERNOSOS). ASÍ MISMO EL HAZ PUBOCOCÍGEO DEL ELEVADOR DEL ANO CUYO PAPEL ES DESTACADO EN LA CONTENCIÓN URINARIA. ESTE ÚLTIMO AL CON-

TRAERSE LLEVA LA PARED VAGINAL ANTERIOR Y LA URETRA HACIA ADELANTE Y HACIA ARRIBA, ACENTUANDO ASÍ LA ANGULACIÓN URETROVESICAL; Y AL RELAJARSE O DETERIORARSE, EL CUELLO VESICAL PRIVADO DE SU APORTE ESTÁTICO Y DINÁMICO, GIRA HACIA ABAJO Y ATRÁS ENTREABRIENDOSE.

ÁNGULO URETROVESICAL. LA CIRCUNSTANCIA DE NO ESTAR EL EJE DE LA URETRA EN LA PROLONGACIÓN DEL GRAN DIÁMETRO DEL ESFEROIDE VESICAL DETERMINA LA IMPLANTACIÓN OBLICUA DE LA URETRA EN LA VEJIGA; ESTO FAVORECE LA CONTINENCIA Y PROVOCA LA FORMACIÓN DE DOS ÁNGULOS URETROVESICALES ANTERIOR Y POSTERIOR. DE LOS DOS ÁNGULOS EL POSTERIOR ES OBTUSO, MISMO QUE DESEMPEÑA UN PAPEL IMPORTANTE EN LA CONTINENCIA URINARIA. EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA, MUCHÍSIMOS PROCEDIMIENTOS SE BASAN, ORIENTA Y EJECUTAN EN FUNCIÓN DE RESTABLECERLO. ESTE SE ENCUENTRA ENTRE EL FONDO DE LA VEJIGA Y LA URETRA FORMANDO UN ÁNGULO OBTUSO DE 100 GRADOS O MÁS, ES CONSTANTE EN LAS MUJERES CONTINENTAS.

EVACUACIÓN VESICAL DEPLECIÓN-MICCIÓN. AL COMIENZO ASISTIMOS A LA BORRADURA DEL ÁNGULO VESICOURETRAL POSTERIOR SE PRODUCE LA ASIMILACIÓN O VESICALIZACIÓN DE LA URETRA AL FONDO TRÍGONO-CERVICAL, EL CUAL AL VERTICALIZARSE, DETERMINA LA IMÁGEN EN EMBUDO VESICOURETRAL; LA ORINA LLEGA A LA URETRA POSTERIOR, SE RELAJA EL ESFINTER ESTRIADO Y LA ORINA SALE AL EXTERIOR. EL ÁNGULO URETROVESICAL ANTERIOR PERMANECE SIN ALTERACIONES.

ASI MISMO ES IMPORTANTE CONOCER LA PRESIÓN URETRAL NORMAL EN LA MUJER, TIENE UN MÁXIMO DE 100-120 CM DE AGUA Y LA PRESIÓN DE CIERRE VARÍA ENTRE 90-100 CM DE AGUA. LA MÁS BAJA PRESIÓN DEL CIERRE ESTÁ A NIVEL DE MEATO INTERNO, AUMENTA EN FORMA GRADUAL EN LOS PRÓXIMOS 0.5CM Y ALCANZA UN MÁXIMO ALREDEDOR DE 1CM POR DEBAJO DEL MEATO INTERNO; SE SOSTIENE POR OTROS 2CM Y LUEGO EMPIEZA A DISMINUIR EN LA URETRA DISTAL.

LOS CAMBIOS CARACTERÍSTICOS EN LA PRESIÓN QUE SE OBSERVAN EN LA INCONTINENCIA URINARIA SON:

LA PRESIÓN DEL CUERRE URETRAL BAJA.

## DEFINICION

LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ES LA CAUSA MÃS COMÚN DE PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA EN LAS MUJERES. EN EFECTO VARIOS INVESTIGADORES HAN DEMOSTRADO A TRÃVES DE CUIDADOSAS ENTREVISTAS CON MUJERES NORMALES QUE UN 50% DE MUJERES NULÍPARAS OCASIONALMENTE EXPERIMENTAN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO; SIN EMBARGO ESTE PROBLEMA NO ES LO BASTANTE FRECUENTE E IMPORTANTE COMO PARA ADQUIRIR UN CARÁCTER SOCIALMENTE MOLESTO.

PRECISAMENTE DEBIDO A QUE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ES TAN COMÚN, ES CONVENIENTE DEFINIRLA COMO LA PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA A TRÃVES DE LA URETRA INTACTA, LA CUÁL SE DEBE A UN INCREMENTO DE LA PRESIÓN INTRA-ABDOMINAL Y CUYA MAGNITUD ES SUFICIENTE COMO PARA CAUSAR PROBLEMAS SOCIALES. ÉSTA INCONTINENCIA CASI SIEMPRE SE AGRAVA CUANDO LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN POSICIÓN ERECTA POR CUALQUIER ACCIÓN O ENFERMEDAD QUE IMPLIQUE UN AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRABDOMINAL, CON EL CONSIGUIENTE AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRAVESICIAL QUE EXCEDE A LA URETRAL. NUNCA ES PROVOCADA POR UNA CONTRACCIÓN DEL MÚSCULO DETRUSOR Y, LO QUE ES MÃS IMPORTANTE, PUEDE SER DIAGNÓSTICADA MEDIANTE EL EXAMEN FÍSICO. (1)

## ETIOPATOGENCIA

DOMINAN PUÉS LOS FACTORES LOCALES DERIVADOS DEL MECANISMO DEL PARTO NORMAL O PATOLÓGICO, ESPONTÁNEO Y OPERATORIO, EN PRIMER TÉRMINO Y LAS LESIONES DERIVADAS DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA. DURANTE EL TRABAJO DE PARTO LA DILATACIÓN CERVICAL LLEVA AL MÁXIMO DE DISTENSIÓN AL RETINACULUM UTERI, LOS MÚSCULOS Y FASCIAS CONTIGUOS AL CUELLO Y AL CIRUCULO DE INSERCIÓN VAGINAL. LA PRESIÓN EJERCIDA SOBRE LA PARED ANTERIOR DE LA VAGINA, SOBREDISTIENDE Y DESGARRA LA FASCIA DE SOPORTE PERIVESICAL; EN LOS PARTOS LENTOS, EN LA PELVIS LÍMITES Y EN LAS APLICACIONES INSTRUMENTALES, LA SOBREDISTENSIÓN, ISQUEMIA, DESGARROS Y ROTURAS VASCULARES SON MUY IMPORTANTES; Y EL DETERIORO DE LOS DIAFRAGMAS UROGENITAL Y PELVIANO, MÁXIMOS; AGREGÁNDOSE COMO FACTOR AGRESIVO, LAS IMPRESCINDIBLES EPISIOTOMÍAS. LO ANTERIOR AFECTA LA UNIDAD FUNCIONAL QUE EJERCE EL CONTROL REGULADOR DE LA MICCIÓN. (12)

GREE, RECIENTEMENTE SOSTIENE QUE EN MUJERES CON ÁNGULO SUBPUBIANO ESTRECHO ENTRE 80 Y 120 GRADOS EL TRAUMA OBSTÉTRICO FUERZA LA BASE VESICAL, POSTERIORMETE SE PRODUCE CISTOCELE SIN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. EN CAMBIO EL ARCO SUBPUBIANO ABIERTO ENTRE 125 Y 165 GRADOS, FAVORECE UNA APLICACIÓN MÁS ANTERIOR DEL ESFUERZO Y UN TRAUMA OBSTÉTRICO CON DETERIORO DEL CUELLO VESICAL Y URETRA PROXIMAL E INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO



TINENCIA URINARIA NOCTURNA (ENEURESIS) SE ASOCIA CON INESTABILIDAD DEL DETRUSOR.

CAMBIOS SENSITIVOS QUE SE MANIFIESTAN POR SENSACIÓN DE PARESTESIAS QUE CORRESPONDAN A LOS DERMATOMOS S2, S3 Y S4 DEL ÁREA PERINEAL, CON INCONTINENCIA RECTAL Y DIFICULTAD EN LA FLEXIÓN DEL PIE.

LAS DROGAS PUEDEN AFECTAR LA VEJIGA MIENTRAS SON USADAS PARA OTRA PATOLOGÍA AGRAVANDO LA INCONTINENCIA URINARIA COMO SON: LOS ESTRÓGENOS A GRANDES DOSIS EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE MAMA Y PREPARACIONES COLIÉRGICAS. LAS DROGAS QUE AGRAVAN LA DIFICULTAD EN EL VACIAMIENTO SON: LOS ANTICOLINÉRGICOS EN EL TRATAMIENTO DEL PARKINSON, ÚLCERA PÉPTICA, LOS BETA ADRENÉRGICOS EN EL ASMA Y ANTIDEPRESORES TRICICLÍCOS. (9)

LAS VARIADAS CAUSAS DE INCONTINENCIA URINARIA SON MÁS CONVENIENTEMENTE CLASIFICADAS DE ACUERDO CON LAS PAUTAS ANATÓMICAS LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN FUE BASADA EN LA EXPERIENCIA DE STAMFORD EN EL SIGUIENTE CUADRO. (1)

CABE MENCIONAR QUE EN REPOSOS LA PRESIÓN INTRAURETRAL EXCEDE A LA PRESIÓN INTRAVESICAL ES DECIR EXISTE UNA PRESIÓN POSITIVA AL CIERRE. UN AUMENTO SÚBITO EN LA PRESIÓN INTRABDOMINAL, SIN EMBARGO PUEDE PRODUCIR, AUMENTO EN LA PRESIÓN INTRAVESICAL CON EXCEDE DE LA PRESIÓN INTRAURETRAL Y RESULTA UNA PRESIÓN NEGATIVA AL CIERRE Y CAUSA INCONTINENCIA URINARIA. NO HAY QUE OLVIDAR LAS LESIONES NEUROLÓGICAS.

CONSECUTIVA.

EL CONSENSO MAYORITARIO ACEPTA EN LA ETIOPATOGENIA DE LA INCONTINENCIA COMO FACTORES PRIMORDIALES: LAS LESIONES DEL RETINACULUM Y DE LA FASCIA PUBOVESICOCERVICAL PROVO-CANDO EL DESCENSO DEL TRÍGONO Y LA BASE VESICAL, EL DETERIORO DEL ESFINTER EXTERNO, DEPENDIENTE DEL DIAFRAGMA UROGENITAL, LESIONES DEL ESFINTER INTERNO, DEL HAZ PUBOCOCÍGEO DEL ELEVADOR DEL ANO Y DE LOS BULBOCAVERNOSOS.

EXISTEN FACTORES HORMONALES EN LA ETIOPATOGENIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, LAS QUE SE ENCUENTRAN VINCULADAS A LOS TRASTORNOS DE LA REGULACIÓN ENDOCRINO-GONODAL-FEMENINA, ESPECIALMENTE AL CICLO MESTRUAL Y EL CLIMATERIO. (11)

LO ANTERIOR ES POR UNA ALTERACIÓN DEL ESFÍNTER DE LA URETRA EN LA MITAD DEL CICLO MESTRUAL DONDE PREDOMINA LA PROGESTERONA. RAZETAL 1973 TIENE DEMOSTRADO EN EL PERRO QUE SE PRODUCE UNA DISMINUCIÓN EN LA PRESIÓN INTRAURETRAL, SE PRESUME QUE ES POR LA ESTIMULACIÓN DE LOS RECEPTORES BETA ADRENÉRGICOS EN LA URETRA. EL INCREMENTO CON LA EDAD COMBINADO CON LOS EFECTOS DE LOS ESTRÓGENOS Y ATROFIA DE TEJIDO QUE SE ASOCIA CON LA MENOPAUSIA.

ASÍ MISMO SE CONSIDERA TAMBIÉN LA INCONTINENCIA CONTINUA E INTERMITENTE ES POR VENCIMIENTO DE LA INESTABILIDAD DEL DETRUSOR CON LA LESIÓN CONGÉNITA UROLÓGICA. MÁS FRECUENTEMENTE SE ASOCIA CON FÍSTULA URINARIA. LA INCON-

CAUSAS DE INCONTINENCIA URINARIA  
( STANFORD )

URETRALES

TRATAMIENTO IATROGÉNICOS  
RESECCIÓN TRANSURETRAL  
Y-V PLÁSTICA DEL CUELLO VESICAL  
DIVERTICULECTOMÍA URETRAL  
OPERACIONES PARA IUE  
RADIACIONES  
TRAUMATISMO PELVIANO  
ANOMALÍAS CONGÉNITAS  
( URETEROCELE, EPISPADIAS, ÉTC)

VESICALES

CONTRACCIONES INVOLUNTARIAS (INESTABILIDAD)  
NO OBSTRUCTIVA  
OBSTRUCTIVA  
DETRUSOR ACONTRÁCTIL (REBALSAMIENTO)  
FÍSTULAS VESICO-VAGINALES  
FUNCIONALES (PSIQUIÁTRICAS)

URETERALES

FÍSTULAS URETEROVAGINALES  
URÉTER ECTÓPICO

DESCONOCIDAS

## HISTORIA Y EXAMEN FISICO

EL INTERROGATORIO ES IMPORTANTE, DEBE CENTRARSE EN LA POSIBILIDAD DE UNA CAUSA ASOCIADA SI LA APARICIÓN DE LA INCONTINENCIA FUE BRUSCA COMO UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PELVIANA, NÚMERO DE EMBARAZOS, SINTOMATOLOGÍA UROLÓGICA, INFECCIONES URINARIAS Y ANTECEDENTES DE ENURESIS.

ES IMPORTANTE CONSIGNAR EL GRADO DE INCONTINENCIA E INCLUSO ESTIMAR LA CANTIDAD DE ORINA ELIMINADA (1 A 10 TOALLAS HIGIÉNICAS POR DÍAS) Y PUEDEN DIVIDIRSE EN TRES GRADOS : LA PACIENTE TÍPICA PERDERÁ ORINA CON LOS INCREMENTOS BRUSCOS DE LA PRESIÓN ABDOMINAL COMO LA TOS, RISA Y ESTORNUDO (GRADO I). A MEDIDA QUE LA INCONTINENCIA SE AGRAVA SERÁ PROVOCADA POR GRADOS MENORES DE ESFUERZO FÍSICO TALES COMO LA MARCHA, LA POSICIÓN DE PIE A PARTIR DE UNA POSICIÓN SENTADA O EL INCORPORARSE EN LA CAMA (GRADO II). EN LOS CASOS MÁS SEVEROS ESPECIALMENTE DESPUÉS DE FRACASOS OPERATORIOS O FRACTURAS PELVIANAS SEVERAS, SE OBSERVA UNA INCONTINENCIA URINARIA TOTAL Y LA ORINA ESCAPA SIN NINGÚNA RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA O LA POSTURA (GRADO III). (1)

LA DIMINUCIÓN ENTRE UNA PÉRDIDA DE ORINA EN PEQUEÑOS CHORROS Y UNA BRUSCA ELEVACIÓN DE PRESIÓN INTRABDOMINAL Y UNA PÉRDIDA DE ORINA EN GRAN CANTIDAD COMO CONSECUENCIA DE UNA CONTRACCIÓN DEL DETRUSOR QUE HA VACIADO LA VEJIGA

ES OBTIAMENTE DE UTILIDAD CUANDO SE SOSPECHA DE UNA VEJIGA NEUROPÁTICA.

ASÍ MISMO HAY QUE CARACTERIZAR LA INCONTINENCIA CON URGENCIA, LA CARACTERIZACIÓN DE LOS HÁBITOS MICCIONALES, COMO ES LA APARICIÓN DEL DOLOR SUPRAPÚBICO, LA FRECUENCIA CON QUE SE ELIMINA LA ORINA DURANTE EL DÍA, CUANTAS VECES ORINA DESPUÉS DE HABERSE ACOSTADO Y EL VOLÚMEN DE ORINA (1)

A LAS ENFERMAS SE LES TIENE QUE REALIZAR UN EXÁMEN GINECOLÓGICO Y NERUOLÓGICO COMPLETO. ASÍ MISMO AL REALIZAR EL EXÁMEN FÍSICO PODEMOS OBSERVAR ESCORIACIONES EN LA VULVA QUE CONFIRMAN LA HISTORIA DE INCONTINENCIA Y LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS (12)

LA ENFERMA EN POSICIÓN GINECOLÓGICA CON LA VEJIGA OCUPADA SE LE PIDE QUE HAGA UN ESFUERZO Y SE OBSERVA LA SALIDA DE ORINA A TRAVÉS DEL MEATO URETERAL Y ESTABLECER EL GRADO DE CISTOCELE Y RECTOCELE.

LA PRUEBA DE MARSHALL - MARCHETTI O DE BONNEY ES BASADA EN LA ELEVACIÓN DEL CUELLO VESICAL INTERNO MIENTRAS LA PACIENTE TOSE LO QUE PREVIENE LA PÉRDIDA DE ORINA O DE OTRO MODO SE MANIFESTARÁ A NIVEL DEL MEATO URINARIO, EN LA INCONTINENCIA URINARIA QUIRÚRGICAMENTE ES POSITIVA.

AUNQUE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO SON COMUNEMENTE MENCIONADAS EN LA LITERATURA COMO UNA CAUSA DE INCONTINENCIA URINARIA Y LAS PACIENTES CON CISTITIS A MENUDO PADEGEN INCONTINENCIA CON URGENCIA. UN PACIENTE CON

INCONTINENCIA DE ESFUERZO NO MEJORA AUNQUE SE ERRADIQUE  
EL PROCESO INFECCIOSO. - DE AHÍ LA IMPORTANCIA DE REALIZAR  
UN EXAMEN GENERAL DE ORINA Y CULTIVO DE LA MISMA.

## MÉTODOS AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

EL RUTINARIO EXAMEN DE LABORATORIO DEMOSTRARÁ LA EXISTENCIA DE PATOLOGÍA POR LO CUAL ES IMPORTANTE REALIZAR EXAMENES COMO SON: BIOMETRÍA HEMÁTICA, QUÍMICA SANGUÍNEA, PRUEBAS DE COAGULACIÓN, EXAMEN GENERAL DE ORINA, CULTIVO VAGINAL Y DE ORINA Y LA CITOLOGÍA VAGINAL.

PODEMOS DECIR QUE HOY EN DÍA, EN VIRTUD EL PROGRESO DE LA CINERRADIOGRAFÍA DE LA MICCIÓN, LOS OTROS MÉTODOS AUXILIARES HAN QUEDADO RELEGADOS A SEGUNDO PLANO SE MENCIONARÁN LOS DIFERENTES ESTUDIOS A CONTINUACIÓN.

1. CISTOSCOPIAS
2. URETROCISTOGRAFIA
3. MANOMETRIAS URETROVESICALES
4. RADIOLOGIA DINAMICA DE LA MICCION
5. CISTOMETRIA

## TRATAMIENTO

EL SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO EJERCE UN IMPORTANTE CONTROL SOBRE LA VEJIGA Y LA URETRA. DADO QUE EL CUELLO VESICAL Y LA URETRA PROXIMAL CONTIENEN PRINCIPALMENTE RECEPTORES ALFA ADRENÉRGICOS SU ESTIMULACIÓN AUMENTARÁ LA RESISTENCIA URETRAL. POR ESTA RAZÓN LOS AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS CAPACES DE ESTIMULAR LOS RECEPTORES ALFA ADRENÉRGICOS A VECES SON ÚTILES EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. (10)

### AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS

EFEDRINA ES UN AGENTE NATURAL QUE ESTIMULA A LOS RECEPTORES ALFA Y BETA Y DETERMINA LA LIBERACIÓN PERIFÉRICA. EN LOS ESTUDIOS EFECTUADOS EN HUMANOS ESTA DROGA HA DEMOSTRADO AUMENTAR, LA PRESIÓN URETRAL EN TODO SU TRAYECTO SE ADMINISTRATÓN 25 MGS 3 VECES/DÍA. SIN EMBARGO LOS EFECTOS COLATERALES SON LA IRRITABILIDAD, PALPITACIONES CARDÍACAS Y ANSIEDAD. ADEMÁS LA EFEDRINA ESTA CONTRAINDICADA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR E HIPERTIROIDISMO.

HIDROCLORURO DE SEUDOEFEDRINA ES UN ESTER-ISÓMERO DE LA EFEDRINA Y EJERCE UN EFECTO SIMILAR. LA ADMINISTRACIÓN ES DE 30 A 60 MGS DÍA Y GENERA EFECTOS SEMEJANTES.

HIDROCLORURO DE FENILPROPANOLAMINA ES SIMPATICOMIMÉTICO CON MENOS EFECTOS COLATERALES CON UNA DOSIS DE 25



Y 50 MGS COMO EFECTO COLATERAL CAUSA SOMNOLENCIA OCASIONAL.

### HORMONAS

LOS ESTRÓGENOS PUEDEN ACTUAR EN FORMA SINÉRGICA CON LOS AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS. EN UN ESTUDIO DESTINADO A CONFIRMAR EL AUMENTO DE LA PRESIÓN URETRAL INDUCIDO POR AGENTES ALFA-ADRENÉRGICOS, LA ADICIÓN DE UN ESTRÓGENO ORAL A LAS DROGAS ALFA-ADRENÉRGICOS DETÉRMINO UN INCREMENTO ADICIONAL DE LAS PRESIONES URETRALES.

### AGENTES ANTICOLINÉRGICOS

ESTOS USUALMENTE SON DE UTILIDAD EN MENOS PORCENTAJE EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO PURA. SIN EMBARGO ESTOS FÁRMACOS PUEDEN SER ÚTILES EN PACIENTES CON CONTRACCIONES REFLEJAS DEL DETRUSOR E INCONTINENCIA DE ESFUERZO. SUPRIME MANIFESTACIONES SINTOMÁTICAS DE URGENCIA E INCONTINENCIA CON URGENCIA.

BROMURO DE PROPANTELINA ES UN AMONIO CUATERNARIO SINTÉTICO QUE INHIBE COMPETITIVAMENTE LA TRANSMISIÓN COLINÉRGICA EN LOS GANGLIOS PELVIANO Y DEL DESTRUSOR. AUNQUE NO SE CONOCEN CON EXACTITUD EL SITIO NI EL MODO DE ACCIÓN, LA DROGA SUPRIME LAS CONTRACCIONES REFLEJAS DEL DETRUSOR. LA PROPANTELINA ES SIMILAR A LA METANTELINA, PERO SU EFECTO ES MÁS POTENTE. LA DOSIS ES DE 15 A 30 MG 4 VECES/DÍA. LOS EFECTOS SECUNDARIOS SON SEQUEDAD DE LA BOCA, VISIÓN BORROSA Y DISMINUCIÓN DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL CON CONSTIPACIÓN RESULTANTE. SE ENCUENTRA CONTRAINDICADO EN

PACIENTES CON GLAUCOMA, COLITIS ULCEROSA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y ARRITMIAS CARDIACAS.

CLORURO DE OXIBUTIMINA ES UNA AMINA TERCIARIA QUE SUPRIME LA CONTRAINDICACIONES REFLEJAS DEL DETRUSOR LA DOSIS ES DE 5 MGS DOS, CUATRO VECES AL DÍA.

IMIPRAMINA ES UN ANTIDEPRESOR TRICÍCLICO ES UN DERIVADO DE LA DIBENZAZEPINA QUE EJERCE UN CIERTO GRADO DE ACTIVIDAD ANTICOLINÉRGICA Y ES ÚTIL PARA TRATAR LA ENURESIS INFANTIL. SE PIENSA QUE SUPRIME CONTRACCIONES REFLEJAS ANORMALES DEL DETRUSOR Y POTENCIA LA ACTIVIDAD ALFA-ADRENÉRGICA URETRAL. DADO QUE ESTA DROGA INCREMENTA LA PRESIÓN URETRAL EN REPOSO PODRÍA SER ÚTIL EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ESFUERZO. LA DROGA SE ENCUENTRA CONTRAINDICADA CON TRASTORNOS CARDIOVACULARES, ARRITMIAS CARDÍACAS, GLEUCOMA, HIPERTIROIDISMO Y TRASTORNOS DE TIPO EPILÉPTICO.  
(1)

EJERCICIOS DE KEGEL CON EXTENSIVOS PERÍODOS DE PRÁCTICA DE CONTRACCIÓN Y RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS ELEVADORES DEL ANO, ESPECIALMENTE DEL MÚSCULO PUBOCOCÍGEO A TRÁVES DEL CUAL TRANSCURRE LA URETRA, PUEDEN CURAR LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO LEVE.

LA PACIENTE DEBE DE CONTRAER EL MÚSCULO ELEVADOR 10 VECES CADA 30 MINUTOS, MANTENIENDO LA CONTRACCIÓN DURANTE APROXIMADAMENTE 3 SEMANAS ANTES DE LA RELAJACIÓN.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

### OPERACIONES PARA LA CORRECCION DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

1. PROCEDIMIENTOS TRANSVAGINALES  
    (COLPORRAFIA ANTERIOR (PLEGAMIENTO DE KELLY))
2. PROCEDIMIENTOS RETROPUBLICOS  
    SUSPENSION VESICouretral SUPRAPUBLICA (MARSHALL  
    MARCHETTI-KRANTZ)  
    SUSPENSION URETROVESICAL EN EL LIGAMENTO ILIOPECTINEO  
    (OPERACION DE BURCH)
3. ENFOQUE COMBINADOS CON INCISION TRANSVAGINAL Y  
    RETROPUBLICA.  
    PROCEDIMIENTOS CON CABESTRILLOS  
    SUSPENSION URETROVESICAL Y VAGINOURETROPLASTIA.  
    ( PEREYRA Y RAZ )  
    SUSPENSION ENDOSCOPICA DEL CUELLO VESICAL  
    ( STAMEY)
4. OTROS PROCEDIMIENTOS  
    INYECCION PERIURETRAL DE TEFLON  
    ESFINTER ARTIFICIAL

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS IDEADOS CON EL FIN DE CORREGIR LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ES ELEVAR EL CUELLO VESICAL, HASTA UNA POSICIÓN ADECUADA POR DETRÁS DE LA SINFISIS DEL PÚBIS. LA CLASIFICACIÓN ANTERIORMENTE DESCRITA SE BASA EN LA INCISIÓN UTILIZADA. ASÍ MISMO SE REALIZARÁ UNA DESCRIPCIÓN DE LAS DOS TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA PRESENTE TESIS.

OPERACIÓN DE KELLY H. KELLY EN 1911 DESCRIBIÓ LA OPERACIÓN QUE VENÍA EJECUTANDO Y PERFECCIONANDO DE AÑOS ATRÁS EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA. EN LA ACTUALIDAD, LA COLPORRAFÍA ANTERIOR ES LLEVADA A CABO SOLAMENTE CON UNAS POCAS MODIFICACIONES ( DRUKKER 1978, GREEN 1980 ) EN RELACIÓN A LA DESCRIPCIÓN ORIGINAL DE KELLY EN 1911. (1)

LA OOPERACIÓN CONSISTE ESENCIALMENTE EN UNA PLEGADURA MUSCULO-FACIAL ALREDEDOR DEL CUELLO VESICAL Y DE LA URETRA. CON LA ENFERMA EN POSICIÓN GINECOLÓGICA, SE INTRODUCE UNA SONDA DE FOLEY DEL No. 14 EN LA VEJIGA, Y EL BALÓN ES INSUFLADO PARA MARCAR LA UNIÓN URETROVESICAL. SE LLEVA A CABO UNA INCISIÓN VAGINAL ANTERIOR EN LA LÍNEA MEDIA POR DEBAJO DE LA URETRA Y LA MUCOSA VAGINAL ES SEPARADA DE LA URETRA PROXIMALMENTE HACIA EL CUELLO VESICAL Y LATERALMENTE CON EL FÍN DE EXPONER LOS TEJIDOS PERIURETRALES. UNA VEZ QUE SE HA OBTENIDO EXPOSICIÓN DE LA URETRA, LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES Y EL ÁREA URETROVESICAL SE COLOCAN EN EL CUELLO VESICAL 2 O 3 SUTURAS ACOLCHONADAS CON

CATGUT CRÓMICO INTERESADO LOS TEJIDOS PERIURETRALES A CADA LADO DEL CUELLO VESICAL. ALGUNOS CIRUJANOS COLOCAN DOS O TRES PUNTOS DE SUTURA ADICIONALES LIGERAMENTE DISTALES A ESAS SUTURAS INICIALES A LO LARGO DE LA URETRA PROXIMAL (OKUKKER 1978). LA MUCOSA VAGINAL REDUNDANTE ES RESECADA Y LA VAGINA ES REAPROXIMADA CON UNA SUTURA CONTINUA CON CATGUT CRÓMICO Y SE HA OBSERVADO QUE EN LAS OPERACIONES EXITOSAS, ES POR LA IMBRICACIÓN DE LA FASCIA PERIURETRAL A NIVEL DEL CUELLO VESICAL, DETERMINA UNA ELEVACIÓN DE 9.9 A 1.1 CM DE LA UNIÓN URETROVESICAL POR DETRÁS DE LA SINFISIS PUBIANA.

AUNQUE ESTA OPERACIÓN PUEDE SER LLEVADA A CABO RÁPIDAMENTE CON UN ÍNDICE DE MORBILIDAD MÍNIMO, LA EVALUACIÓN A LO LARGO SE DEMUESTRA QUE SÓLO UN 40 A 50% DE LAS PACIENTES LOGRAN UNA CURACIÓN PERMANENTE.

EN CONSECUENCIA ESTE PROCEDIMIENTO NO ES APLICABLE EN TODAS LAS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. ES MÁS ADECUADO EN MUJERES CON INCONTINENCIA MÍNIMA Y QUE REQUIEREN UNA HISTERECTOMÍA VAGINAL POR OTRA ENFERMEDAD ORGÁNICA. (10,11,13)

TÉCNICAS DE PEREYRA, LA DESCRIBIÓ INICIALMENTE 1959 SU PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SIMPLIFICADO PARA LA CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, PÚBLICO SUS RESULTADOS EN 1967 ( PEREYRA Y LABHERZ ), EL PROCEDIMIENTO HA SIDO CONSIDERABLEMENTE MODIFICADO EN 1978. LA OPERACIÓN ELEVA LA REGIÓN DEL CUELLO VESICAL MEDIANTE LA COLOCACIÓN DE SUTURAS HELICOIDALES EN LOS TEJIDOS PARAURETRALES Y SU

FIJACIÓN A LA FASCIA ANTERIOR DEL RECTO. PARA REALIZAR ESTA OPERACIÓN, LA PACIENTE ES COLOCADA EN POSICIÓN GINECOLÓGICA. LA PARED VAGINAL ANTERIOR ES SECCIONADA DESDE UNA DISTANCIA A UN CM DEL MEATO URETRAL HASTA LA BASE VESICAL. EL EPITELIO VAGINAL ES SEPARADO Y ALEJADO DE LA URETRA CON EL FIN DE EXPONER LOS TEJIDOS PARAURETRALES. UN CATÉTER PARAURETRAL VACÍA LA VEJIGA Y PERMITE LA UNIÓN URETROVESICAL; SE COLOCA UNA SUTURA SUPERFICIAL PARA MARCAR DICHA UNIÓN. A TRAVÉS DE LA INCISIÓN VAGINAL, LOS TEJIDOS PARAURETRALES Y LA FASCIA ENDOPELVIANA SON LIBERADAS DE LAS RAMAS DEL PUBIS BILATERALES MEDIANTE DISECCIÓN CORTANTE Y ROMA. ESTO PERMITE OBTENER LA EXPOSICIÓN DEL ESPACIO RETROPÚBICO. CON UNA PINZA DE ALLIS SE TRACCIONA EL TEJIDO PARAURETRAL LIBERADO HACIA ABAJO Y POR ENCIMA DEL DEDO DEL CIRUJANO, EL CUAL SE APOYA CONTRA LA VEJIGA. SE COLOCA UN PUNTO DE SUTURA MONOFILAMENTOSA DE PROPILENO DEL 0 CON UNA AGUJA SEMICIRUCULAR A TRAVÉS DEL TEJIDO PARAURETRAL, DISECADO A 1.5 CMS DISTALES DE LA UNIÓN URETROVESICAL. ESTA AGUJA ES REINSERTADA REPENTINAMENTE EN DICHO TEJIDO A UNA DISTANCIA DE APROXIMADAMENTE 0.5 CMS 3 ò 4 VECES HASTA LOGRAR UNA SUTURA HELICOIDAL. LA MISMA SUTURA ES COLOCADA DEL OTRO LADO DE LA URETRA. LUEGO EL CIRUJANO DIRIGE SU ATENCIÓN AL ÁREA SUPROPÚBICA. SE LLEVA A CABO UNA INCISIÓN DE LA PIEL DE 2.5 CM INMEDIATAMENTE POR ENCIMA DE LA SÍNFISIS PUBIANA CON EL FIN DE EXPONER LA FASCIA DEL RECTO. SE UTILIZA EL INSTRUMENTO PORTALIBA-

DURA DE PEREYRA, PARA PUNZAR LA FASCIA DEL RECTO 2.5 CM A LA DERECHA, DE LA LÍNEA MEDIA MIENTRAS EL DEDO ÍNDICE DE LA MANO OPUESTA GUÍA LA AGUJA HACÍA EL INTERIOR DEL ESPACIO RETROPÚBICO Y A TRÁVES DE LA INCISIÓN VAGINAL. SE ENHEBRAN EN LA AGUJA AMBOS EXTREMOS DE LA SUTURA HELICOIDAL Y EL INSTRUMENTO, ES TRACCIONADO A TRÁVES DE LA INCISIÓN SUPRAPÚBICA.

DADO QUE AMBOS EXTREMOS DEL HILO DE SUTURA, SALEN A NIVEL DE LA INCISIÓN SUPRAPÚBICA A TRÁVES DEL MISMO ORIGEN, UNO DE LOS EXTREMOS ES PASADO POR DEBAJO DE LA FASCIA PARALELO A LA LÍNEA MEDIA DURANTE 1.5 CM. ÉSTO CREA UN PUENTE APONEURÓTICO SOBRE EL CUAL PUEDE SER ATADA A LA SUTURA DE SUSPENSIÓN. EL PROCEDIMIENTO SE REPITE DEL OTRO LADO DE LA URETRA. UNO DE LOS EXTREMOS DE LA SUTURA DE PROPILENO ES LUEGO PASADO POR DEBAJO DE LA FASCIA A LA LÍNEA MEDIA DURANTE 1.5 CM DE MANERA DE CREAR UN PUENTE APONEURÓTICO SOBRE EL CUAL PUEDE SER ATADA LA SUTURA DE SUSPENSIÓN. EL PROCEDIMIENTO SE REPITE DEL OTRO LADO DE LA URETRA. UNO DE LOS EXTREMOS DE LA SUTURA DE PROPILENO ES LUEGO PASADO POR DEBAJO DE LA FASCIA A LA LÍNEA MEDIA DURANTE 1.5 CM DE MANERA DE CREAR UN PUENTE APONEURÓTICO SOBRE EL CUÁL SERÁ ATADA LA SUTURA DE SUSPENSIÓN; ESTE PROCEDIMIENTO SE EFECTUA EN AMBOS LADOS. MIENTRAS UN AYUDANTE INSPECCIONA LA UNIÓN URETROVESICAL, MEDIANTE EL CISTOSCOPIO, EL CIRUJANO ATA LAS DOS SUTURAS DE SUSPENSIÓN CON UNA TENSIÓN DE QUE DETERMINE UN APLANAMIENTO DE CUELLO

VESICAL INFERIOR. O MEDIANTE UNA SONDA DE FOLEY SE VA REGULANDO ESTO ÚLTIMO. LUEGO SE CIERRAN LAS INCISIONES SUPRAPÚBICA Y VAGINAL.

LA VERSIÓN DE 1978 DEL PROCEDIMIENTO, DE PEREYRA ES MUY DIFERENTE DE LA VERSIÓN ORIGINAL DESCRIPTA EN 1959. LAS SUTURAS FUERÓN MODIFICADAS DE ALAMBRE A PROPILENO, LA AGUJA PASO DE SER DOBLE A SIMPLE Y SE ADICONARÓN LAS SUTURAS HELICOIDALES Y EL EXÁMEN CITOSCÓPICO. EN NUESTRO HOSPITAL SE REALIZA CON UNA AGUJA TIPO PEREYRA QUE ADAPTO UNO DE LOS MÉDICOS DEL MISMO, OBTENIENDOSE BUENOS RESULTADOS.



## MATERIAL Y METODOS

EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL Y LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, SE LLEVÓ A CABO UN ESTUDIO DE TIPO PROSPECTIVO EN 20 ENFERMAS QUE CURSABAN CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y MISMAS QUE REQUERIRÍAN DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. TODAS LAS ENFERMAS FUERÓN INTERVENIDAS POR UN MISMO EQUIPO QUIRÚRGICO, PARA EVITAR LAS VARIANTES EN LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS, PARA LA CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

SE FORMARÓN DOS GRUPOS SELECCIONÁNDOSE LAS ENFERMAS AL AZAR CADA UNO CON DIEZ ENFERMAS. EN EL GRUPO A LO FORMARÓN LAS ENFERMAS QUE FUERON SOMETIDAS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CON TÉCNICA DE APLICACIÓN DE PUNTOS DE KELLY Y LA COLPOPERINEOPLASTÍA ANTERIOR Y POSTERIOR. EN EL GRUPO B SE REALIZÓ LA TÉCNICA MODIFICADA DE TIPO PEREYRA.

EN AMBOS GRUPOS DE ENFERMAS LA EDAD FUÉ ENTRE 25 Y 55 AÑOS DE EDAD, CON UNA EDAD PROMEDIO DE 40 AÑOS, LAS CUALES NO SE HABÍAN SOMETIDO ANTERIORMENTE A SU PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

EN AMBOS GRUPOS SE REALIZO UNA VALORACIÓN CUIDADOSA TOMÁNDOSE EN CUENTA VARIOS PARÁMETROS COMO SON: HISTORIA CLÍNICA COMPLETA CON ENFÁSIS EN LA ENFERMEDAD UROLÓGICA, EXÁMEN GINECOLÓGICO, CUESTIONARIO UROLÓGICO DE C.P. HODKINSON M.D., CULTIVO DE ORINA Y VAGINAL CON ANTIBIOGRA-

MA, CITOLOGÍA VAGINAL, MANOMETRÍA CON LA PRUEBA DE BONNEY Y SE DETERMINA LA ORINA RESIDUAL.

ASÍ MISMO SE TOMARÓN LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE LABORATORIOS: BIOMETRÍA HEMÁTICA (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, LEUCOCITOS CON DIFERENCIAL), QUÍMICA SANGUÍNEA (GLUCOSA, UREA, CREATININA), PRUEBAS DE COAGULACIÓN (TIEMPO DE PROTROMBINA, PARCIAL DE TROMBOPLASTINA), EXAMEN GENERAL DE ORINA Y EN ALGUNOS CASOS ELECTROCARDIOGRAMA.

DIAGNÓSTICAR DURANTE EL EXAMEN GINECOLÓGICO, SI LAS ENFERMAS CURSABAN CON CISTOCELE Y RECTOCELE, CLASIFICARLOS DE ACUERDO AL GRADO. MIENTRAS QUE SE CORRIGIERÓN DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

A LAS 20 ENFERMAS SE ESTUDIABAN EN LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA GENERAL PARA DETECTAR LA PATOLOGÍA AGREGADA Y EN CADA CASO APLICAR EL TRATAMIENTO MÉDICO ESPECÍFICO. COMO EN LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y CERVICOVAGINITIS. INDICÁNDOSE ANTIBIÓTICOS, ANTISÉPTICOS URINARIOS Y OVÚLOS. DESPUÉS DE TERMINAR EL TRATAMIENTO SE SOLICITAN NUEVOS CULTIVOS DE CONTROL.

LAS ENFERMAS QUE NO CURSABAN CON PATOLOGÍA AGRAGADA Y LOS EXAMENES DE LABORATORIO NO REPORTABAN ALTERACIONES, SE INICIABA 10 DÍAS PREVIOS A SU INGRESO AL PABELLÓN CON OVULOS DE ALBOTHYL UNO CADA 24 HORAS, ASEOS VAGINALES, INGRESÁNDOSE PARA SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

LA TARDE ANTERIOR A LA CIRUGÍA SE SOMETE A PREPARACIONES PREOPERATORIAS USUALES QUE INCLUYEN ENEMAS EVACUAN-

TES DE JABONADURA, ASEO VAGINAL CON ISODINE, TRICOTOMÍA PERINEAL Y SUPRAPÙBICA, AYUNO, INDICACIONES DEL PREOPERATORIO POR EL SERVICIO DE ANESTESIA.

EN ESTE ESTUDIO FUERÓN EXCLUIDAS LAS ENFERMAS EN LAS QUE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FUERA POR VEJIGA INESTABLE NEUROPÁTICA Y DE ORIGEN INFECCIOSO. ASÍ MISMO POR DIABETES MELLITUS.

EN EL GRUPO A EL POSOPERATORIO SE MANEJO A LA ENFERMA CON SONDA DE FOLEY, DURANTE 72 HORAS, PARA SU RETIRO CON PREVIOS EJERCICIOS VESICALES AGREGANDOSE ANTISÉPTICO URINARIO (MACRODANTINA) POR DIEZ DÍAS. EN EL GRUPO B SE DEJO LA SONDA DE FOLEY POR UN PERÍODO DE 8 A 10 DÍAS, ASÍ MISMO SU ANTISÉPTICO URINARIO Y EJERCICIOS VESICALES PREVIOS AL RETIRO DE LA SONDA DE FOLEY.

EN AMBOS GRUPOS SE SIGUIO A LAS ENFERMAS EN SU POSOPERATORIO POR ESPACIO PROMEDIO DE 3 MESES CON LA FINALIDAD DE DETECTAR COMPLICACIONES TARDÍAS EN LA CONSULTA EXTERNA.

## CUESTIONARIO UROLOGICO

### GRUPO 1

1. ¿Alguna vez ha recibido Ud. tratamiento para una enfermedad de las vías urinarias como cálculos, enfermedad renal, infecciones, tumores o lesiones? SI NO
2. ¿Ha tenido Ud. ataques muy repetidos de pielitis? SI NO
3. ¿Alguna vez está su orina con sangre? SU NO
4. ¿Ud. considera como mucho de promedio, poco muy poco la cantidad de orina que Ud. acostumbra evacuar? (Subraye la respuesta correcta)
5. ¿Cuando a Ud. se le escapa la orina inesperadamente, en alguna ocasión ha estado Ud. inconsciente de que eso está ocurriendo? SI NO
6. ¿Siempre tiene Ud. una recia sensación de urgencia antes que se le escapa la orina inesperadamente? SI NO
7. ¿Se le escapa a Ud. la orina como en un goteo constante de la vagina? SI NO
8. ¿Ud. como niña tuvo dificultad de detener la orina? SI NO
9. ¿Es para Ud. comunmente doloroso o difícil evacuar su orina? SI NO

### GRUPO 2

1. ¿Ud. como niña mojaba la cama? SI NO
2. ¿Ud. aún moja la cama? SI NO
3. ¿Ud. alguna vez ha tenido parálisis, polio, esclerosis múltiple, una lesión seria a la espalda o un quiste o tumor en la espina dorsal? (si es que si - indique lo) SI NO
4. ¿El sonido, la vista o la sensación de agua corriente causa que a Ud. se le escape la orina inesperadamente? SI NO
5. ¿Su escape de orina es un goteo continuo tal que Ud. siempre mojada? SI NO
6. ¿Ud. en alguna ocasión no ha estado consciente de que Ud. está perdido, o está a punto de perder, control de su orina.? SI NO
7. ¿Su ropa queda apenas húmeda, mojada o empapada, o deja Ud. charcos en el piso? ( Si es que si, indique lo que le corresponde) SI NO
8. ¿Ud. alguna vez ha tenido alguna operación para su espina dorsal, cerebro vejiga? SI NO
9. ¿Ud. frecuentemente ha encontrado que es necesario sacar a su orina por medio de una sonda porque Ud. misma es incapaz de sacarla? SI NO

### GRUPO 3

1. ¿A Ud. se le escapa la orina en chorros repentinos al toser, estornudar, reírse, o al levantar algo) (Subraye lo que le corresponda? SI NO
2. ¿A Ud. se le escapa la orina cuando está acostada? SI NO
3. ¿A Ud. se le escapa la orina cuando está sentada o parada derecho? SI NO
4. ¿Cuando está orinando, Ud. generalmente puede parar el chorro? SI NO
5. ¿Su dificultad urinaria empezó después de haber dado luz a un bebé? SI NO
6. ¿Siguió a una operación? SI NO
7. Haga un círculo alrededor del tipo de operación: Histerectomía, incisión abdominal; histerectomía, extirpado por la vagina; extirpación de un tumor, incisión abdominal; cirugía para reparar la vagina; suspensión de la matriz; operación cesárea?.
8. ¿Si sus períodos han parado, la menopausia le hizo más severa su condición? SI NO
9. ¿Su control de su orina es bueno excepto cuando Ud. tose, estornuda, se ríe levanta algo o se esfuerza? SI NO
10. ¿Tiene Ud. dificultad en aguantar la orina si de repente se para derecho de una posición como sentada o acostada? SI NO
11. ¿A Ud le parece necesario usar protección porque Ud. se moja? SI NO

## RESULTADOS

LOS RESULTADOS FUERON VALORADOS POR LA COMPARACIÓN DE LOS PARÁMETROS ANTERIORMENTE DESCRITOS, SU EVOLUCIÓN TIEMPO DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA INCLUYENDO LA MORBILIDAD. DEBE HACERSE NOTAR QUE EL TIEMPO DE CIRUGÍA FUÉ COMPARATIVAMENTE EN PROMEDIO IGUAL EN AMBOS GRUPOS, SIENDO ESTA DE UNA HORA. LA ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA EN EL SERVICIO, DE AMBOS GRUPOS FUÉ DE 3.5 DÍAS. SIENDO COMO VARIABLES QUE LAS ENFERMAS DEL GRUPO A FUERÓN DADAS DE ALTA SIN SONDA DE FOLEY, EN COMPARACIÓN CON LAS DEL GRUPO B QUIÉNES PERMANECIERON CON LA SONDA DE FOLEY POR 7 DÍAS MÁS EN SU DOMICILIO Y LA MISMA SE RETIRO EN EL SERVICIO.

CABE MENCIONAR QUE LAS ENFERMAS DEL GRUPO A CURSARÓN CON SINTOMATOLOGÍA EN UN PROMEDIO DE 4.5 AÑOS, EN TANTO QUE LAS DEL GRUPO B FUÉ DE 5.1 AÑOS. EN AMBOS GRUPOS EXISTIA EL ANTECEDENTE DE PRESENTARSE LA SINTOMATOLOGÍA DESPUÉS DE EMBARAZO.

EN EL GRUPO A, SE DIAGNÓTICO EN UN 80% LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, GRADO I Y EL 20% GRADO II. EN EL GRUPO B EL 60%, GRADO I Y EL 40% GRADO II. EN AMBOS GRUPOS TUVIMOS ENFERMAS CON GRADO III. EN CUANTO A LOS REPORTES DEL GRUPO A EL 50% CURSABAN CON CISTOCELE Y RECTOCELE GRADO III, EL 20% GRADO II Y EL 30% GRADO I. CON RESPECTO AL GRUPO B EL 60% CON CISTOCELE Y EL RECTOCELE GRADO III, EL 15% GRADO II Y EL 25% GRADO I.

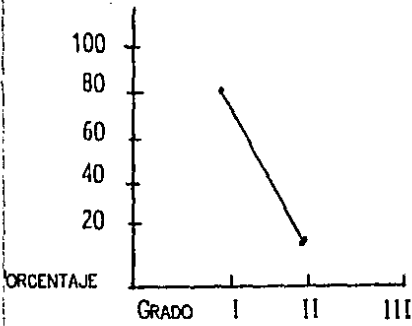
CON RESPECTO A LAS ENFERMAS DEL GRUPO B CURSARÓN CON MAYOR MOLESTIA EN EL POSTOPERATORIO, POR DOLOR POSTINCISIONAL SUPRAPÚBICO, AL PERMANECER DIEZ DÍAS MÁ S CON LA SONDA DE FOLEY. POR LO CUAL CURSARÓN CON DISURIA Y NO SE PRESENTARÓN RECIDIVAS QUIRÚRGICAS.

### MORBILIDAD

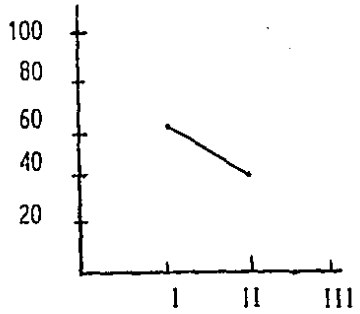
	GRUPO A	GRUPO B
DOLOR	++	+++
DISURIA	+	+++
INFECCION		
VAGINAL	0	1
URINARIA	0	1
RECIDIVAS	30%	0%

URETROVESICAL SIENDO EL ÉXITO DE LA CIRUGÍA. LA SUTURA EMPLEADA EN ESTA ES PROLENE MENOS SUSCEPTIBLE A INFECCIÓN Y MAYOR RESISTENCIA .

GRAFICA No. 1 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

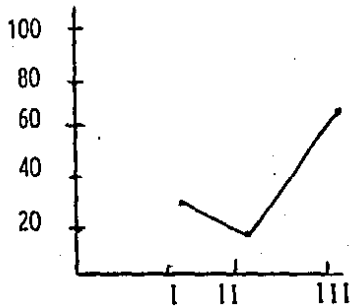
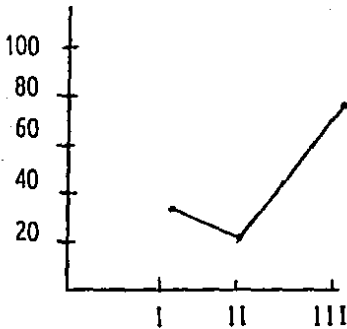


GRUPO A



GRUPO B

GRAFICA 2. CISTOCELE Y RECTOCELE





## CONCLUSIONES

A TRÁVES DE LOS AÑOS SE HA SIDENADO MÚLTIPLES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA CORREGIR LA INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO EN LAS ENFERMAS. EN LA PRESENTE TESIS SE REALIZÓ UN ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS DOS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS MÁS UTILIZADAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

CONSIDERAMOS QUE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBSERVADOS CON LA TÉCNICA DE APLICACIÓN DE PUNTOS DE KELLY, ES UN MÉTODO MENOS INVASOR, PUEDE SER LLEVADA A CABO RÁPIDAMENTE Y CON UN ÍNDICE DE MORBILIDAD MÍNIMO, PERO CON UN ALTO RIESGO DE RECIDIVA. SI OBSERVAMOS EL MAYOR % DE ENFERMAS FUÉ CON GRADO I DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y CONSIDERAMOS QUE AUNQUE CAMPBELL SEÑALA QUE SE PUEDE INDICAR EN ESTOS CASOS, NO ES CONVENIENTE. YA QUE CON LA APLICACIÓN DE PUNTOS DE KELLY SOLO SE ESTA DISMINUYENDO LA LUZ DE LA URETRA SIN RESOLVER LA ANGULACIÓN URETROVESICAL.

CON RESPECTO A LA TÉCNICA DE PEREYRA CURSAN CON MÁS MORBILIDAD, PERO ES UN PROCEDIMIENTO SEGURO, CONDUCENTE HACIA UN ALIVIO DE LARGA DURACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO. DICHO PROCEDIMIENTO NOS PERMITE EL ACCESO AL ESPACIO RETROPÚBICO, CORRIGIENDOSE LA CAUSA POR MEDIO DEL REFORMAMIENTO CON EL ENGROSAMIENTO Y ELEVACIÓN DE LOS SOSTENES DEBILITADOS PARA CORREGIR EL ÁNGULO

## BIBLIOGRAFIA

1. FRANZ, R.T. OPERATION FOR THE CURE OF INCONTINENCE OF URINE IN THE FEMALE. AM. J. OBSTET. GYNECOL., 55, 618, 1974.
2. GONZALEZ MERLO. ATLAS DE OPERACIONES GINECOLÓGICAS SALVAT EDITORES TOMO 1, 31-36, 1984.
3. KELLY, H.A., AND DUMM, W.M. URINARY INCONTINENCE IN WOMEN, WITHOUT MANIFEST INJURY TO THE BLANDER. SURG. GYNECOL. OBSTET., 18:444-450, 1974.
4. PEREYRA A.J. A SIMPLIFIED SURGICAL PROCEDURE FOR THE CORRECTION OF INCONTINENCE IN WOMEN. J. SURG., 67:223-226, 1959.
5. PEREYRA A.J. AND T.B. LEHHERS M.D. THE MODIFIED PEREYRA PROCEDURE. GYNECOLOGIC AND OBSTETRIC UROLOGY 17:2-7, 1982.
6. PEREYRA A.J. AND BURCHS INCONTINENCE URINARY. QBST AND HINECOLOGY., 66 (2):255, 1985.
7. PEREYRA A.J. INCONTINENCE URINARY, OBST AND GYNECOLOGY., 59:643 1982.
8. POSTO M.D. TENTENCION URINARY. SCAND J. UROLOGY AND NEPH., 20:197-201 1986.
9. SHORTLFFE L.MD. AND COLBS. NUEVOS MÉTODOS PARA CORREGIR LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LAS MUJERES. CLÍNICAS QUIRÚRGICAS DE NORTEAMERICA (CIRUGÍA UROLÓGICA) 6:1027-1036 1982.

10. TOVELL H.M.M. AND DANK L. OPERACIONES GINECOLÓGICAS. SALVAT EDITORES S.A. BARCELONA 1981.
11. TATON L. STUART FEMALE URINARY INCONTINENCE LLOYE-LUJE (MEDICAL BOOKS) LTD 49 1-115.LONDON.