

11246
201
7

U N A M

I S S S T E

H O S P I T A L R E G I O N A L 2 0 D E N O V I E M B R E

CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EL HOSPITAL REGIONAL 20 DE
NOVIEMBRE CON LA TECNICA DE PEREYRA MODIFICADA

Tesis que para obtener el
TITULO de UROLOGO presenta
DR. FIDIAS MANUEL LOPEZ PEREZ
Febrero, 1989.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INTRODUCCION

Se entiende por incontinencia urinaria de estrés o de esfuerzo la pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, provocada por el incremento de la presión intraabdominal y por lo tanto intravesical, superando la presión uretral de cierre, sin contracción del detrusor y ocasionada por defecto anatómico.(1)

El problema de incontinencia de estrés en la mujer existe desde hace siglos; causando a la paciente y al médico dificultades y frustraciones, ya que ésto condenaba a un estado de incomodidad al estar siempre humeda parcial o totalmente.(2)

Los Egipcios ya contaban con métodos para proteger a la paciente que adolecía del problema, mediante el uso de pociones y de dispositivos vaginales.(3)

En 1928 Eardley Holland utilizó por primera vez el término de "Incontinencia de Esfuerzo", siendo Howard Kelly quien manifiesta en el mismo año que no existe una alteración más angustiosa, problemática que la incontinencia urinaria; un escurrimiento constante, repulsivo de orina, que moja las ropas y que despiden un aroma desagradable, volviendo al paciente molesto consigo mismo, con sus familiares y relegandolo de la sociedad.(4)

En cuanto a la incidencia de esta anomalía tenemos que no es privativa de la mujer multípara, sino que es sorprendentemente frecuente en la mujer nulípara. Nemir y Middlenton(5) en 1954

indican que el 52.4% de las nulíparas estudiadas por ellos, refirieron pérdida de orina involuntaria en algún momento y de éstas el 5% era en forma constante o frecuente.

Wolin(6) estudio 4,000 mujeres nulíparas encontrando que el 50.7% presentaron cierto grado de incontinencia, considerando como normal este hecho el 16.2% de las pacientes estudiadas. Esto indica que pequeñas fugas al toser, al estornudar, al reirse son consideradas como normales por muchas mujeres; incluso algunas aprenden que grado de plenitud vesical pueden permitir y también la fuerza con que pueden toser o estornudar para que su incontinencia no sea un problema social. De lo que se deduce que es propio y subjetivo en cada mujer de cuando la pérdida de orina deja de ser "normal", para hacerse patológica, incluyendo en gran medida factores tales como la educación, trabajo, relaciones sociales, sensibilidad, etc. (1)

La incontinencia de esfuerzo plantea un problema muy complejo y de difícil solución, el cual se ha descifrado parcialmente en el transcurso de los últimos 70 años, pero aún sin solución completa. La confusión se ha mantenido en primer lugar, porque a pesar de las múltiples formas de tratamiento, los resultados son similares según diversas estadísticas y sólo razonablemente satisfactorios. En segundo lugar, la terapéutica se dirigió siempre de forma sintomática e incluso el síntoma fue sólo someramente analizado. Hasta hace dos décadas, el diagnóstico de incontinencia de esfuerzo se había basado casi exclusivamente en la historia, sin objetivar con exactitud la alteración anatómica subyacente. Por aquél entonces no se pensaba que pudiera existir variaciones individuales dentro de la configuración anormal de la

anatomía uretro-vesical y menos aún, se podía sospechar que dichas diferencias pudieran influir en la elección de la técnica quirúrgica y por lo tanto de sus resultados.(7)

Se ha intentado el control o la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo por diferentes procedimientos, tanto médicos como quirúrgicos con muy diversos resultados de éxito, en cuanto a porcentaje de curación y tiempo de seguimiento.

Nos interesa el tratamiento quirúrgico de la incontinencia, el cual se puede dividir en tres grandes grupos:

1. Las destinadas a abrazar o estrechar la uretra.
2. Las encaminadas a elevar el ángulo uretro-vesical por vía suprapúbica.
3. La suspensión endoscópica del cuello vesical.

El primer grupo está encabezado por la operación de Kelly Kennedy practicada desde 1911, que consiste en dar firmeza al suelo pélvico.(8)(9)

El segundo grupo esta representado por la operación de Marshall Marchetti Krantz y la de Burch.(10)(11)

Y por último, el tercer grupo que además de suspender el cuello vesical, incorporan el control endoscópico como son la operación de Pereyra, Stamey, Raz y más recientemente la técnica del Dr. Gittes.(12,13,14,15).

MATERIAL Y METODOS

En el período comprendido de Junio de 1983 a Junio de 1988 se estudiaron 22 pacientes en el Servicio de Urología, con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, a quienes se sometieron a Historia Clínica, Laboratorio, Estudio de Gabinete y Estudio Urológico Completo; libres de infección urinaria y vaginal, con edades de 39 a 70 años con promedio de 50.15 años, excluyendo aquellas que cursaban con datos irritativos bajos, utilizando bloqueo peridural en casi todas las pacientes, utilizando la aguja y técnica de Perayra modificada (12), acompañada o no según el caso de Plastía de Kelly (8), tomando en cuenta los siguientes parámetros: Prueba de Marshall-Booney, Síndrome Urinario Irritativo bajo orina residual pre y post-operatoria, calibre y longitud uretral, cistometría cuando ameritó, exámen general de orina, urocultivo pre y post-operatorio, revisión uretrocistoscópica, tiempo del seguimiento, complicaciones, tiempo quirúrgico, cirugías previas, cistografía, urografía excretora, antecedentes gineco-obstétricos, cistocele-uretrocele-rectocele y grado de incontinencia; obteniendo los siguientes resultados:

RESULTADOS

El tiempo de seguimiento promedio fué de 9.4 meses encontrando resolución completa de la incontinencia en el 81.8%, mejoría en el 13.6% y sin modificaciones en el 4.5%.

Los datos irritativos bajos antes de la cirugía estuvieron presentes en el 22.7% atribuibles a vulvovaginitis, cediendo con tratamiento específico y el uso de anticolinérgicos, encontrando en el post-operatorio 13.3% de pacientes que persistieron con los datos irritativos.

En el 100% de las pacientes la prueba de Marshall-Booney fué positiva.

El tiempo quirúrgico promedio fué de 64.1 minutos y Únicamente en el 27.2% se realizó la operación de Pereyra más la plastía de Kelly, debido al cistocele grado III, lo que se ve reflejado en el tiempo quirúrgico promedio.

En cuanto a alteraciones de la estática pélvica el 63% de las pacientes presentaron cistocele (16) grado I y Únicamente el 27.7% grado III.

El grado de incontinencia urinaria, según la clasificación de Stamey fué del 90% en grado I.

La longitud y el calibre uretral en el 100% de las pacientes, estuvo en límites normales, lo mismo sucedió en cuanto a la orina

residual pre y post-operatoria.

El 50% de las pacientes tenían cirugía vaginal previa. La urografía excretora por datos irritativos bajos no demostró alteraciones y corroboró los datos obtenidos en la cistografía en el que el 90% de las pacientes cursaban con cistocele.

El promedio de gestaciones y de partos fue de 6.3 y 3.7 respectivamente.

Las complicaciones observadas en el trans-operatorio fueron 3 casos de hemorragia y dos lesiones vesicales.

Las complicaciones post-operatorias, consistieron en un hematoma del espacio de Retzius abscesado y un caso de ruptura de material de sutura al mes de post-operada, así mismo el cateterismo intermitente post-operatoriamente fué realizado en el 60% de las pacientes, teniendo una varianza de 3 a 60 días.

todas las pacientes se manejaron con sonda trans-uretral por espacio de 24 horas y recibieron cateterismo intermitente cuando se presentó retención aguda urinaria, así mismo recibieron quimioterápicos profilácticos, antiinflamatorios y baños de asiento de agua tibia.

CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria de estrés o de esfuerzo se ha tratado de solucionar quirúrgicamente entre los Urólogos y Ginecólogos, bajo bases anátomo-fisiológicas, siendo en los últimos años cuando éstos procedimientos se han simplificado haciendo más sencilla la cirugía, con menos morbilidad, con menos estancia hospitalaria pero conservando su eficacia la que varía del 80% al 95% según el autor y el procedimiento quirúrgico, siendo este un rango aceptable. En nuestro estudio la resolución completa del problema fué del 81.8%, mejoría en el 13.6% y sin modificación en el 4.5%. lo que contrasta en lo reportado en la literatura.

Mucho se habla de la longitud uretral como un papel importante para la continencia urinaria en la mujer, en la actualidad conocemos que la mayoría de las pacientes la longitud uretral se conservaba dentro de los límites normales pero con pérdida de las relaciones anatómicas, como son la pérdida del eje uretral, del ángulo uretro-vesical posterior, la porción intra-abdominal de la uretra, la alteración de la estática pélvica, pero sin daño al mecanismo esfinteriano.

Conocemos que pacientes que presentan datos urinarios irritativos bajos esta contraindicada cualquier cirugía anti-incontinencia, ya que estos síntomas se agravan si se realiza esta, la mayoría de estos están causados por infección urinaria vulvovaginitis y vejiga inestable, los cuales ceden con

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

el tratamiento específico acreditándose una incidencia del 20% pre-operatoriamente y post-operatoriamente, persisten los datos de un 10 al 30% de las pacientes encontrando en nuestro estudio una incidencia post-operatoria del 13.3%.

El problema que plantea la mayoría de las técnicas de suspensión óptica del cuello vesical es la limitación para la corrección del cistocèle grado III, cosa que no sucede si se utiliza la técnica de Raz o la de Pereyra, a las que se pueden sumar la plastía de Kelly, mejorando de esta manera su eficacia sin aumento de la morbilidad clínica.

Las complicaciones observadas son las mismas que las que se mencionan en la literatura, inicialmente creadas por lo novedoso del procedimiento y la falta de experiencia, los que se corrigieron paulatinamente.

COMENTARIOS

Consideramos que el tratamiento de la IUE ha ido conforme las modas en cuanto al advenimiento de nuevos procedimientos para su corrección, siendo el mejor y el más eficaz el que uno conoce o este familiarizado, individualizando cada caso.

El procedimiento de Pereyra ha mostrado buenos resultados, siendo un procedimiento sencillo, seguro, con baja morbilidad, no contra-indicado en recurrencias, eficaz comparado con las demás técnicas referidas y modificado en caso de existir una alteración de la estática pélvica importante.

BIBLIOGRAFIA

1.- Escudero, Barrilero y Perales: "Incontinencia de Esfuerzo en la Mujer": XLVII Congreso Nacional de Urología y IV Congreso Ibero-Americano de Urología en Madrid, España, 1982.

2.- Jamaica y Velarde: "Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en la Mujer": Comunicación verbal, 1988.

3.- Valencia: "Comparación de la Operación de Gittes y la de Stamey en el Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo": Tesis de Post-grado, 1987.

4.- Kelly, A.H.: "Incontinence of Urine in Women": Urol. Cutan. Rev., 17: 291, 1913.

5.- Nemir and Middleton: "Stress Incontinence in Young Nulliparous Women". A Statistical Study. Amer. J. Obst. Gynecol. 68: 1165, 1954.

6.- Wolin L.H.: "Stress Incontinence in Young Healthy Nulliparous Female Subjects": J. Urol. 101: 545, 1969.

7.- Moolgoaker, Archan, Smith and Stallworthy: "The Diagnosis and Management of Urinary Incontinence in The Female". J. Obstet. Gynecol Brt. Common: 71: 481, 1972.

8.- Barnett R.M.: "The Modern Kelly Application". Obstet Gynecol 34: 667, 1969.

- 9.- Kennedy W.T.: "Incontinence of Urine in The Female". Am. J. Obstet. Gynecol. 33: 19, 1937.
- 10.- Marshall, Marchetti and Krantz K.E.: "The Correction of Stress Incontinence by Simple Vesico-urethral Suspension". Surg. Gynecol. Obstet. 88: 508, 1949.
- 11.- Burch J.C.: "Treatment of Stress Incontinence in The Female". Am. J. Obstet. Gynecol, 81: 281-290, 1961.
- 12.- Pereyra A.J.: "Combined Urethro-vesical Suspension and Vagino-urethroplasty for Correction of Urinary Stress Incontinence". Obstetrics and Gynecol, 30: 537-546, 1967.
- 13.- Stamey T.A.: "Endoscopic Suspension of The Neck of Urinary Incontinence". Surg. Gynecol and Obstetrics, 136: 547-554, 1973.
- 14.- Raz S.: "Modified Bladder Neck Suspension for Female Stress Incontinence". Urology, 17: 82, 1981.
- 15.- Gittes R.F.: "No -incision Pubo-vaginal Suspension for Stress Incontinence". J. Urol, 138N: 568-570, 1987.
- 16.- Stamey T.A. and Shortlife L.D.: "Urinary Incontinence in The Female". Campbells Urology, Sanders, 2681-2717, 1986.
- 17.- Pereyra A.J.: "The Revised Pereyra Procedure Using Colligated Pubo-urethral Supports". Disorders of The Female Urethra and Stress Urinary Incontinence; Williams and Wilkins, Baltimore, 143 a 158, 1978.

18.- Pereyra A.J.: "Simplified Surgical Procedure for The Correction of Stress Urinary Incontinence". West. J. Surg. 65: 223, 1959.

19.- Pereyra A.J.: "Pubo-urethral Supports in Perspective". Modified Pereyra Procedure for Incontinence. Obstet. and Gynecol. 59: 643-648, 1982.

20.- Loughlin K.R.: "The Comparative Medical Cost of Major Procedure Available for The Treatment of Stress Urinary Incontinence". J. Urol. 127: 436-437, 1982.

21.- Lapedes J.: "Physiopathology of Stress Incontinence". Surg. Gynecol and Obstet. 58: 224-231, 1960.