

11217

117  
?ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza"  
I. S. S. S. T. E.

OPERACION DE PEREYRA MODIFICADA VS. PLASTIA  
DE KELLY-KENNEDY PARA LA CORRECCION DE LA  
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

T E S I S

Para obtener el Título de Postgrado de  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. ANTONIO POSADA DOMINGUEZ



**ISSSTE** México, D. F.

Marzo de 1993

**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 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

### I TITULO DE LA INVESTIGACION

### II MARCO TEORICO

#### 1.1 JUSTIFICACION

#### 1.2 HIPOTESIS

#### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.4 ANTECEDENTES

1.4.1. Definición de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

1.4.2. Etiología de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

1.4.3. Diagnóstico de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

1.4.4. Tratamiento de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

1.4.5. Procedimiento de Pereyra Modificado

### III MATERIAL Y METODOS

### IV RESULTADOS

### V DISCUSION

### VI CONCLUSION

### VII BIBLIOGRAFIA

**TITULO DE LA INVESTIGACION**

**OPERACION DE PEREYRA MODIFICADA VS. PLASTIA DE KELLY-KENNEDY  
PARA LA CORRECCION DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE  
ESFUERZO**

## II MARCO TEORICO

### 1.1 JUSTIFICACION

El propósito de este estudio es el analizar y evaluar los resultados de la Operación de Pereyra Modificada, comparados con los de la Plastia de Kelly-Kennedy para la corrección de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo ( I.U.E. ), ya que la primera ha demostrado a nivel nacional y mundial una mejor aceptación por el mayor porcentaje de curación y menor morbilidad, lo cual se traduce en beneficios para el paciente, el Instituto y el país.

## 1.2 HIPOTESIS

La Operación de Fereyra Modificada puede tener mejores resultados para la corrección de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo que la Plastia de Kelly-Kennedy de acuerdo a los reportes bibliográficos publicados y revisados para la elaboración de esta investigación.

### 1.3 OBJETIVOS

El Objetivo general es el demostrar estadísticamente que la Operación de Pereyra Modificada tiene mejores resultados que la Plastia de Kelly-Kennedy para la corrección de la I.U.E. en base a los siguientes objetivos específicos:

- A) La Operación de Pereyra Modificada tiene mejor índice de curación y mejoría que la Plastia de Kelly-kennedy.
- B) Disminución de la morbilidad trans y postoperatoria con la Operación de Pereyra Modificada que con la Plastia de Kelly-Kennedy.
- C) Disminución de los días de estancia hospitalaria con el Procedimiento de Pereyra Modificado que con la Plastia de Kelly-Kennedy.
- D) Menor número de días con catéter vesical con la Operación de Pereyra Modificada que con la Plastia de Kelly-Kennedy.
- E) Menor índice de falla con la Operación de Pereyra Modificada que con la Plastia de Kelly-Kennedy para la corrección de la I.U.E.

#### 1.4 ANTECEDENTES

La Incontinencia urinaria es una patología multifactorial que se presenta en mujeres de todas las edades y para muchas de ellas constituye un problema incapacitante desde el punto de vista social, siendo este síntoma uno de los más frecuentes y desagradables de la mujer. ( 38, 30 ). Riggs y otros autores ( 13, 30, 38 ) mencionan que se presenta en un 40-50 % de todas las mujeres en alguna época de su vida. En un estudio de mujeres mayores de 15 años se encontró incontinencia urinaria en forma regular en un 10 % y en forma ocasional en un 18 %. Tanto la intensidad como la frecuencia aumentan con la edad, paridad y la obesidad.

La pérdida involuntaria de orina cuando hay un aumento de la presión intraabdominal es una de las quejas más frecuentes que el ginecólogo tiene que enfrentar. ( 38 ).

Por muchas décadas se ha pensado que la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo ( IUE ) es un simple problema anatómico manifestado por la pérdida del ángulo vesical posterior y que la corrección con el simple hecho de elevar el ángulo con la Plastia de Kelly-Kennedy eliminará el problema. En cuanto hubo mayor disponibilidad de los conocimientos urodinámicos, anatómicos y fisiológicos de la uretra, se aclaró que la IUE es un problema muy complejo y que cualquier procedimiento que vuelva a colocar la uretra a su posición anatómica normal mejorará los resultados a largo plazo. ( 38 ).

Una revisión reciente de la literatura indica que existen muchas incógnitas, malentendimiento y diferentes opiniones en relación a los métodos diagnósticos y terapéuticos para la IUE ( 38, 52 ).

A través de los años se han descrito numerosos procedimientos quirúrgicos, vaginales, abdominales y/o combinados, en un esfuerzo por mejorar las tasas de éxito a corto y largo plazo. De cualquier manera basados en la edad, condición de la paciente, en el grado de relajación pélvica y sobre todo de la preferencia del cirujano las cistoureteropexias retropúbicas ( Marshall-Marchetti-Krantz ( M.M.K. ), Burch, Stamey, Pereyra, etc. ) son procedimientos comunmente usados en las clínicas de uroginecología a nivel nacional e internacional. ( 26, 30, 52 ).



Numerosos artículos describen mejores resultados con las cistouretopexias retropúbicas que con la plastia original de Kelly-Kennedy. ( 36, 30, 26, 13, 38 ).

#### 1.4.1. Definición de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

En 1979 la Sociedad Internacional de Continencia emitió un comunicado tratando de unificar los conceptos sobre los diversos trastornos del aparato urinario inferior de la mujer. De estas definiciones destacan las siguientes:

Existen varios tipos de incontinencia urinaria, siendo la más frecuente la relacionada con los esfuerzos o también llamada incontinencia urinaria genuina, anatómica o de esfuerzo, y en menor frecuencia pero de igual importancia es la incontinencia de urgencia ( por alteración neurógena del detrusor ). Otras causas menos frecuentes son vejiga hiperreflexica, retención con rebosamiento, fistulas, etc.

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo denota:

1) Un síntoma; 2) Un signo; 3) Una condición.

El síntoma de incontinencia urinaria de esfuerzo indica que la paciente refiere pérdida involuntaria de orina cuando realiza un ejercicio físico.

El signo de incontinencia urinaria de esfuerzo indica la observación de la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra inmediatamente después de un aumento de la presión intraabdominal.

La condición de incontinencia urinaria de esfuerzo se define como la salida involuntaria de orina a través de la uretra cuando la presión intravesical excede ( con maniobras de Valsalva ) a la presión uretral máxima, en ausencia de actividad detrusora. ( 13, 41, 51, 54 ).

La incontinencia urinaria de urgencia es la pérdida involuntaria de orina asociada con un deseo imperioso de orinar. Esta se subdivide en motora cuando es debida a contracciones no inhibidas del detrusor y sensorial cuando obedece a otras causas. ( 13 ).

La incontinencia de rebosamiento es la pérdida involuntaria de orina que se produce cuando la presión intravesical excede la presión uretral máxima debido a una elevación de la presión intravesical asociada con una sobredistensión de la vejiga o sin actividad del detrusor. ( 13 ).

Detrusor inestable es aquel que muestra contracciones objetivas espontáneamente o bajo provocación durante la fase de llenado. ( 13 ).

#### 1.4.2. Etiología de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

Los diferentes tipos de incontinencia urinaria de esfuerzo corresponden a lesiones de diferentes estructuras y es fundamental el conocimiento de su anatomía para entender el tratamiento adecuado. ( 1, 2 ).

Las causas de I.U.E. son en su mayoría problemas de sostén de la uretra proximal y del cuello vesical. ( 1, 2 ).

La continencia urinaria depende de dos factores principalmente: 1) apoyo normal de las vías urinarias inferiores; y 2) función normal del esfínter y ésta a su vez se subdivide en función del esfínter interno ( proximal ) y del esfínter externo ( distal ). ( 15 ). El término de esfínter se utiliza para denotar un mecanismo esfinteriano y no un solo músculo de orientación circular.

Estudios urodinámicos de la relación radiográfica entre la uretra y los huesos del púbis describieron una conexión fibrosa entre estos últimos y los tejidos parauretrales, "los ligamentos pubouretrales", los cuales son bandas densas de tejido conectivo que unen los tejidos parauretrales de los tercios distales de la uretra a la porción inferior de los huesos del púbis y se continúan con el diafragma urogenital.

Estudios con fluoroscopia demuestran que la contracción de los músculos elevadores del ano pueden elevar el cuello vesical, lo cual indica que estos músculos participan en el control del sostén del cuello vesical. ( 1, 2, 27, 47, 51, 52 ).

El mecanismo encargado del cuello vesical y la uretra proximal implica interconexiones de tres estructuras: 1) arco tendinoso de la aponeurosis pélvica; 2) músculos elevadores del ano; y 3) aponeurosis endopélvica alrededor de la uretra y vagina.

Se ha observado que aumentos de la presión intraabdominal producen aumentos de presión en la uretra proximal al igual que en la vejiga, ( como ocurre en los accesos de tós ) esto implica que la uretra proximal se encuentra por arriba de este piso ( teórico ), es decir siendo este un órgano intraabdominal. De tal manera que cuando la uretra proximal está por debajo de este piso ocurrirá incontinencia, ya que no podrá ser comprimida por la presión intraabdominal, sin embargo pacientes con problemas notorios de sostén y en quienes la uretra proximal está fuera de la cavidad abdominal, estas pacientes son continentales. ( 7, 6, 8, 27, 51, 52 ).

La sensibilidad y la función motora de las pacientes con IUE se ha encontrado alterada comparada con la de las pacientes normales. ( 51, 53 ).

Independientemente del debate sobre la anatomía y función de la uretra femenina, la orina es claramente contenida en el punto de unión uretrovesical. Los cistogramas hechos en reposo en mujeres normales nunca muestran orina más allá del esfínter interno. ( 42 ).

La inestabilidad del detrusor se presenta como causa de incontinencia urinaria hasta en un 14 % y como causa acompañante de IUE genuina hasta en un 18 %. ( 46 ).

#### 1.4.3. Diagnóstico de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

En años recientes los cambios en la evaluación de las pacientes con IUE ha cambiado dramáticamente. Desafortunadamente la mayoría de los avances importantes en estudios urodinámicos aparecen en la literatura médica no ginecológica, por lo cual muchos ginecólogos han permanecido relativamente desinformados. ( 28 ).

Debido a que la incontinencia urinaria tiene una variedad de etiologías el tratamiento adecuado depende del diagnóstico preciso. De tal manera surge la necesidad de evitar procedimientos quirúrgicos no garantizados y se crea también la necesidad de agudizar la evaluación preoperatoria del tracto urinario inferior. ( 27, 47 ).

Algunos autores han señalado la fuerte correlación de patología ginecológica con el síntoma de incontinencia urinaria ( hasta en un 67 % ) por lo tanto, debido a la proximidad anatómica del tracto urinario inferior y el aparato reproductor femenino hacen como una necesidad la evaluación de ambos para el adecuado diagnóstico de los problemas de incontinencia urinaria. ( 47 ).

Debido a que la incontinencia urinaria es una alteración funcional y estructural, no es suficiente la historia clínica y la exploración pélvica para diagnosticar con precisión la IUE, por lo tanto la evaluación de la respuesta urodinámica del tracto urinario inferior debe ser parte integral de la paciente incontinente, ya que como se mencionó anteriormente el alto porcentaje de inestabilidad del detrusor como causa de incontinencia urinaria hacen de esta evaluación una necesidad en las pacientes con estos problemas. ( 46 ).

La mayoría de procedimientos en la diferentes publicaciones para la evaluación preoperatoria de las pacientes incluyen las siguientes: historia clínica , exploración física para corroborar la presencia de IUE, prueba de Bonney y pruebas urodinámicas ( cistografía, cistometría, prueba de Q-tip, etc. ), ( 21, 22 ).

En el estudio de la paciente incontinente es indispensable una historia clínica cuidadosa en la que además de los datos comúnmente consignados, se efectúe un interrogatorio orientado hacia las causas que más frecuentemente ocasionan el problema. ( 13 ).

La exploración física debe ser completa y el dato principal es la corroboración objetiva de la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico ( o efectuando maniobras de Valsalva ). Es de primordial importancia observar si la pérdida de orina es inmediatamente después del aumento de presión intraabdominal o unos segundos después, ya que en este último caso se puede tratar de un detrusor inestable. ( 13 )

Se ha descrito que los síntomas urinarios y el grado de la relajación pélvica no diferencian a las pacientes con IUE genuina de las pacientes con inestabilidad del detrusor. ( 46, 4 ).

Los procedimientos diagnósticos mas nuevos incluyen uretroscopia, estudios urodinámicos con cistometría, perfiles de presión de cierre uretral, uroflujometría, electromiografía de la musculatura del piso pélvico y procedimientos radiológicos con medios de contraste y con ultrasonografía y resonancia magnética, todos designados para proveer datos dinámicos de las capacidades funcionales del tracto urinario inferior. Sin embargo no todos estos procedimientos están al alcance de todos los centros ginecológicos. (28 ).

#### Pruebas Urodinámicas

Las técnicas urodinámicas evalúan la función uretral y vesical tanto en reposo como dinámicamente durante diferentes clases de esfuerzos.

Las mujeres continentes característicamente demuestran un aumento compensatorio en la presión uretral de cierre con el llenado progresivo de la vejiga o al asumir la posición de pie. Las mujeres con IUE no solo no presentan aumento de la presión de cierre de la uretra sino también demuestran disminución de este parámetro, de igual manera son incapaces de aumentar la presión de cierre uretral voluntariamente o bajo algún esfuerzo. ( 27 ).

## CISTOMETRIA

Algunas formas de evaluación cistométrica pueden ayudar rápidamente a distinguir aquellas pacientes con problemas de inestabilidad detrusora quienes requieren tratamiento médico de aquellas pacientes con un defecto anatómico puro. ( 47 ).

La cistometría es un estudio que provee información en relación con la importante función fisiológica de la vejiga. Esto incluye relaciones entre presión/volumen durante el llenado, sensaciones, transmisión neuromuscular en la pared de la vejiga, etc. Durante el procedimiento también se realizan varias maniobras para activar el reflejo del detrusor para detectar contracciones de la vejiga no inhibidas. ( 28 ).

La cistometría puede realizarse con CO<sub>2</sub> o con H<sub>2</sub>O siendo la mas realizada con H<sub>2</sub>O por su facil acceso.

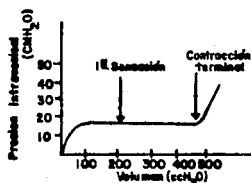


Fig. 1 . La cistometría normal revela la primera sensación de micción con 200 ml. de H<sub>2</sub>O (100 ml. de CO<sub>2</sub>) y sensación de llenado con 400-600 ml. de H<sub>2</sub>O (350-400 ml. de CO<sub>2</sub>). La contracción terminal del detrusor y su subsecuente inhibición indica función normal vesical y control voluntario del sistema nervioso central.

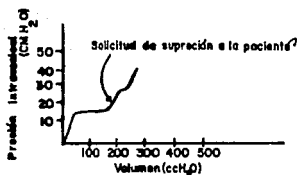


Fig. 2 . La cistometría anormal revela contracciones del detrusor que ocurren con pequeños volúmenes de H<sub>2</sub>O, las cuales no pueden ser inhibidas por la paciente.

La cistometría mide las sensaciones de la vejiga durante el llenado. Gradualmente la paciente normal experimenta la primera sensación de llenado con 200cc. de agua aproximadamente. La capacidad de la paciente de percibir el llenado de la vejiga indica que la inervación sensorial de la vejiga es normal. (28).

Las nuevas técnicas cistométricas utilizan mediciones simultáneas de la presión intrarrectal para estimar la presión intraabdominal. Es posible estimar la presión vesical verdadera restando la presión intrarrectal de la presión intravesical (  $PRESION\ VESICAL\ VERDADERA = P.\ RECTAL - P.\ INTRAVESICAL$  ). El volumen vesical normal es de 500cc aprox. Con este volumen puede ocurrir en la vejiga una contracción terminal cuando se pide a la paciente que orine ( en forma voluntaria ) su inhibición subsecuente habla de normalidad.

En la paciente urológica o neurológicamente anormal estas contracciones pueden aparecer sin deseo voluntario y la paciente no puede inhibirlas, lo cual da como resultado incontinencia urinaria similar a la de esfuerzo. ( 28 ). Estas contracciones deben ser mayores de 15 cm de H<sub>2</sub>O ( sobre la presión basal ) y pueden ocurrir en cualquier momento y aún con volúmenes menores de lo normal. Si la paciente no puede suprimir esta actividad vesical, es indicativo de vejiga o detrusor inestable. ( 28 ).

La cistometría puede revelar hasta un 85 % de estas contracciones no inhibidas en la posición de decubito dorsal y un 10-13 % adicional cuando la paciente se pone de pie, camina o tose. Estos procedimientos para activar al detrusor son esenciales para detectar aquellas pacientes que son incontinentes como resultado de contracciones del detrusor no inhibidas (28).

Una ventaja muy importante de este método es que puede ser realizado fácilmente durante la exploración en el consultorio y su costo es muy bajo, aportando múltiples hallazgos para el diagnóstico diferencial de la patología urinari

#### PRUEBA DE Q-TIP

Esta prueba fue originalmente descrita por Crystle y cols. ( 24 ), en 1971, desde entonces ha sido empleada y difundida ampliamente para complementar el diagnóstico de la paciente con incontinencia urinaria, debido a que su costo es muy bajo y es fácil de realizar durante la exploración en consultorio.

La prueba consiste en colocar a la paciente en decubito dorsal, se introduce un isopo lubricado y estéril en la uretra hasta la unión uretrovesical usando una técnica aseptica. El ángulo entre el isopo y la horizontal se miden en reposo y con

esfuerzo con un goniometro, la prueba se considera positiva e indicativa de descenso del cuello vesical cuando el ángulo en esfuerzo es igual o mayor de 30 grados. ( 24 ).

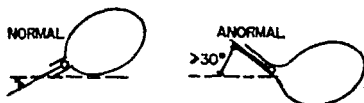


Fig. 3 . La prueba de Q-tip indica la relación del eje uretral con la horizontal en la paciente normal (izq.) y en la paciente anormal (der.) con IUE genuina causada por la pérdida del soporte uretral.

Esta prueba se considera de gran utilidad para valorar el descenso del cuello vesical, pero es de muy poca o nula utilidad para valorar las alteraciones del músculo detrusor, ya que con esta prueba hasta un 20 % de pacientes con un resultado positivo tienen el diagnóstico de inestabilidad del detrusor puro, e inversamente el 30 % con una prueba de Q-tip negativa tienen el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo genuina. (24).

De tal manera que esta prueba es complementaria en el estudio de la incontinencia urinaria de esfuerzo. ( 24, 28 ).

#### PRUEBA DE BONNEY ( Berkeley y Bonney, 1935 ).

Esta prueba fue descrita desde hace muchos años como complemento en el diagnóstico de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

En esta prueba se coloca el dedo índice y medio del explorador en la pared vaginal anterior a nivel del cuello vesical, presionando contra el ángulo subpúbico sin presionar la uretra. La prueba se considera positiva cuando con esta maniobra se evita la salida de orina al realizar maniobras de Valsalva y/o cuando hay descenso del cuello vesical con las mismas maniobras. (la prueba debe realizarse con 250 ml. de solución en la vejiga).

Las pruebas urodinámicas señalan que esta prueba produce aumentos significativos en la presión de cierre uretral, lo que indica oclusión de la uretra mas que una elevación del cuello vesical. La prueba de Bonney no diferencia pacientes con debilidad esfinteriana de aquellas con inestabilidad detrusora.

Estos efectos de la prueba son artificiales y no pueden ser reproducidos por el procedimiento quirúrgico. ( 23 ).

#### PERFILES DE PRESION DE CIERRE URETRAL

Este es un procedimiento que mide las presiones a lo largo de la luz uretral, esto provee una medición de presión vesical inicial, longitud total y funcional de la uretra y presiones máximas y de cierre de la uretra. ( 28 ).

#### UROFLUJOMETRIA

Este procedimiento mide las tasas de flujo urinario a través de la uretra. Con la curva de flujo, el médico relaciona el volumen emitido con las tasas de flujo máximo y el tiempo de flujo urinario. Las mujeres normales emiten mas de 20 ml./seg. en menos de 20 segundos. El objetivo principal de la uroflujometria es el detectar una obstrucción en el flujo urinario, si el flujo es mayor de 20-25 ml./seg. la obstrucción se descarta ( 28 ).

#### LONGITUD URETRAL

En el pasado se describia a la longitud anatómica uretral como un factor importante para la continencia urinaria. La "uretra corta " tiene una longitud menor de 1.5 cm. La longitud normal de la uretra varia entre 1.5 y 4.5 cm. ( 28 ).

Recientemente la literatura describe que es más importante la longitud funcional de la uretra que la longitud anatómica. La longitud funcional es aquella porción de la uretra que genera una mayor presión de la que se registra simultaneamente dentro de la vejiga. ( 28 ).

#### ELECTROMIOGRAFIA

Esta procedimiento mide la actividad eléctrica de los esfinteres estriados de la uretra y del ano comunmente inervados.



Normalmente durante la micción, los esfínteres voluntarios de ambos órganos se relajan, cuando la contracción vesical cesa. Ambos esfínteres asumen su actividad eléctrica basal. La respuesta coordinada del esfínter con la contracción de detrusor es útil clínicamente para detectar una micción descincrona. ( 28 ).

#### URETROSCOPIA

La uretroscopia permite examinar el trigono vesical, los orificios uretrales, la unión uretrovesical, y la longitud completa de la uretra. Este procedimiento además permite una visualización dinámica de la función uretral. De igual manera se puede observar el color del epitelio, presencia de pólipos y/o exudado en la luz, y la localización de cualquier apertura anormal a través de la pared uretral ( fístulas ): ( 28 ).

#### ULTRASONOGRAFIA

Existen varios métodos para evaluar la posición anatómica del cuello vesical, de los cuales uno de los más utilizados es la uretrocistografía con cadena. Ultimamente se ha realizado un procedimiento similar con ultrasonografía perineal y utilizando un catéter con balón en la punta, encontrando buena correlación y sin exponer a la paciente a radiación, además es preciso, portátil y de fácil acceso en la mayoría de departamentos de ginecología. ( 11, 17, 18 ).

#### CISTOURETROGRAFIA AL TOSER

Uno de los últimos procedimientos diagnósticos radiológicos es la cistouretrografía al toser, la cual demuestra índices significativos de correlación entre el descenso del orificio interno ( en la vista lateral al toser ) con los hallazgos de la cistometría, para la evaluación de la paciente con IUE ( 50 ).

#### RESONANCIA MAGNETICA

En los últimos años también se han hecho estudios con resonancia magnética para evaluar la posición del cuello vesical encontrando una alta correlación con los procedimientos clínicos y radiológicos usados con anterioridad. ( 16 ).

El síntoma de IUE es muy sensitivo pero poco especifico, por lo cual tiene poco valor diagnóstico. La suma de una relajación vaginal anterior o la prueba de Q-tip positiva aumentan la precisión del diagnóstico. De cualquier manera, la suma de una prueba negativa para valorar alteración funcional del detrusor ( cistometría ) aumentan sustancialmente la especificidad y predictibilidad en la certeza diagnóstica de todas estas pruebas. ( 54 ).

Algunos autores mencionan que el síntoma de IUE sin urgencia miccional y con cualquier grado de relajación pélvica sin pruebas urodinámicas pueden diagnosticar correctamente la IUE hasta en un 80-85 % y al realizar estas mismas pruebas se aumenta la certeza diagnóstica hasta en un 95-98 %. ( 54 ).

#### 1.4.4. Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

Es muy frecuente encontrar en la mujer de cualquier cierto grado de incontinencia urinaria de esfuerzo, especialmente si se buscan los síntomas mediante un interrogatorio dirigido. Muchos de estos casos carecen de importancia clínica y el tratamiento activo, sobre todo el quirúrgico, debe reservarse para la paciente que se queja en forma voluntaria de que la salida de orina le provoca problemas sociales o medicos.

En algunas pacientes con IUE los ejercicios perineales, diseñados para fortalecer los músculos voluntarios que se utilizan para detener la micción, representan una alternativa no quirúrgica. Estos ejercicios especificos pueden enseñarse haciendo que la paciente detenga la micción en forma voluntaria a la mitad del chorro; el resultado es un efecto de contracción en los músculos que rodean a la porción distal de la vagina y el perineo. El ejercicio consta de una acción en la que se aprieta, se detiene y se relaja y que se repite durante 15 min. varias veces al día. Para la paciente con una incontinencia leve, este ejercicio puede tener bastante éxito, aunque generalmente se requiere de varios meses para que pueda observarse alguna mejoría. En la incontinencia grave no suele haber resultados satisfactorios.

La colpografía anterior fue la primera operación especifica para la corrección de la IUE. Desde el reporte original por Kelly y Dunn en 1914 se utilizó casi durante medio siglo en la gran mayoría de las pacientes con IUE, desde esa fecha se han descrito más de 100 tipos de operaciones para corregir la incontinencia urinaria, utilizando la vía vaginal, abdominal o combinada, empleando múltiples materiales de sutura, lo cual demuestra que no se ha descrito la técnica ideal ( 9, 14, 25, 38 ). La multiplicidad de los diferentes procedimientos quirúrgicos en relación con la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina hablan

de la complejidad de este problema. ( 26 ).

Los objetivos de los diferentes procedimientos persiguen básicamente la elevación del cuello vesical y de la uretra proximal para que queden dentro de la zona de la presión intraabdominal. ( 52 ).

En las últimas décadas se ha visto que las técnicas suprapúbicas que fijan la unión uretrovesical al tercio proximal de la uretra a la cara posterior del púbis obtienen mejores resultados. ( 14 ).

Como la existencia de algún grado de incontinencia en la mujer es la regla más que la excepción, es irreal o ilógico esperar que algún procedimiento operatorio o tratamiento médico para dicho problema brinde resultados estadísticos satisfactorios en el 100 % de los casos. ( 13 ). Además las tasas de curación en diferentes reportes varían grandemente aún para procedimientos idénticos. ( 9 ).

Durante las dos últimas décadas se ha hecho aparente que la plastia de Kelly-Kennedy por si misma no siempre puede elevar la unión uretrovesical por arriba del diafragma pélvico, o regresar la uretra a un órgano intraabdominal tan bien como los procedimientos de cistouretropexias retropúbicas ( 38 ).

Estudios hechos por Jorgensen y col. ( 15 ) evaluando la función urinaria antes y después de la plastia de Kelly-Kennedy han demostrado que hasta un tercio de las pacientes continuaron con los síntomas de urgencia urinaria. El 8 % presentó inestabilidad del detrusor en forma postoperatoria sin haber tenido alteración detrusora previa a la plastia. ( 15 ).

Se ha descrito por numerosos autores que la plastia de Kelly-Kennedy no tiene tasas de curación mayores de 60-70 %, señalando que estas son tan bajas como para justificar su realización. ( 9, 38 ).

Algunos autores han desarrollado técnicas completamente diferentes para corregir la IUE, Marshal, Marchetti y Krantz en 1949 describieron un procedimiento de cistouretropexia retropública abdominal y desde entonces ninguna operación abdominal ha tenido más éxito. Pereyra en 1959, desarrolló una cistouretropexia retropública abdominal y vaginal y después de varias modificaciones, los resultados a largo plazo de este procedimiento han probado ser igualmente efectivos. ( 38 ).

La ruta de cirugía retropública a menudo depende de los hallazgos asociados con la IUE. Si la paciente tiene indicaciones de cirugía abdominal y además presenta IUE, entonces la cirugía abdominal se debe realizar y debe ser seguida de una suspensión retropública ( M.M.K., Burch ). ( 38 ). Si la paciente tiene indicación de la vía vaginal como prolapso uterino,

cistocele, rectocele, etc., se debe hacer la suspensión retropúbica tipo Pereyra.

Independientemente de cualquier técnica que se escoja, la suspensión retropúbica ha sido el método primario de muchos autores para la corrección de la IUE debido a que estas operaciones corrigen el defecto anatómico y elevan la uretra por arriba del diafragma pélvico.

La Operación de Pereyra ha demostrado menor tiempo quirúrgico que la plastia de Kelly-Kennedy, y aún comparado con otras cistouretopexias retropúbicas, ( Burch, MMK, etc. ). Así como también ha demostrado mejorar significativamente la transmisión de la presión abdominal durante la tós a los dos tercios proximales de la uretra, también produce una reducción significativa en la movilidad del cuello vesical y en la unión uretrovesical, indicando corrección óptima del defecto anatómico. ( 26 ).

Incluso el procedimiento de Pereyra modificado se ha realizado bajo anestesia local en algunos centros hospitalarios de norteamérica, cuando la anestesia general o regional están contraindicadas, debido a la edad, riesgo médico o factores anatómicos, con una tolerancia de hasta un 90 %, y con resultados y complicaciones similares a los realizados en forma ordinaria. ( 10 ).

Las complicaciones más frecuentemente encontradas con el procedimiento de Pereyra corresponden a la retención urinaria (18 a 29 %) o infección de vías urinarias, con colocación de sonda en 2 o más ocasiones ( 17 % ). Las lesiones vesicales y/o uretrales corresponden al 1.3 %. El absceso de herida quirúrgica abdominal se describe en algunas series hasta en un 8 %. ( 14 ).

Las tasas de curación en la mayoría de los estudios son inversamente proporcionales al tiempo de observación después del procedimiento quirúrgico. ( 9 ).

#### 1.4.5. Procedimiento de Pereyra Modificado

En 1959 este procedimiento fue originalmente descrito por el autor para elevar la unión uretrovesical en mujeres con incontinencia urinaria anatómica. Este procedimiento suspendía la fascia endopélvica retropúbicamente hacia la fascia del músculo recto anterior, usando una aguja especial. En 1974 durante el procedimiento se despegaba la fascia endopélvica de las ramas púbicas bilateralmente, para evitar que las suturas se desprendieran de esta fascia, estas fascias desinsertadas se les colocaba una sutura helicoidal en cada lado, esta modificación exponía el espacio retropúbico en mejor forma haciendo directamente accesibles los principales soportes de la uretra, los ligamentos pubouretrales. En 1975 una mejoría al procedimiento se realizó incluyendo los pilares posteriores de los ligamentos pubouretrales en las suturas helicoidales. ( 31, 32, 33, 34, 35 ).

## Técnica Operativa

Con la paciente en posición ginecológica, se vacía la vejiga con S. Foley No. 18 Fr. se inyecta solución salina debajo del epitelio vaginal anterior. Se realiza una incisión en semicírculo debajo del meato urinario, posteriormente se realiza una incisión vertical hacia abajo hasta la unión uretrovesical. se diseca el epitelio bilateralmente hasta exponer el espacio retropubico, con la punta de un dedo, y en contra de la cara posterior de la rama del púbis. ( Figs.: 4, 5, 6, 7, 8 ).

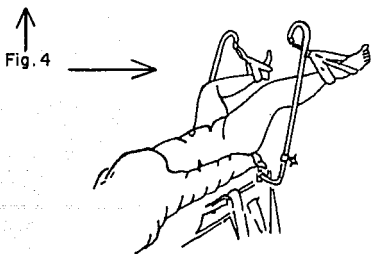


Fig. 5

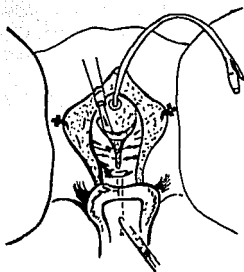


Fig. 6



Fig. 7

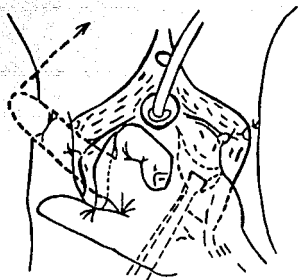
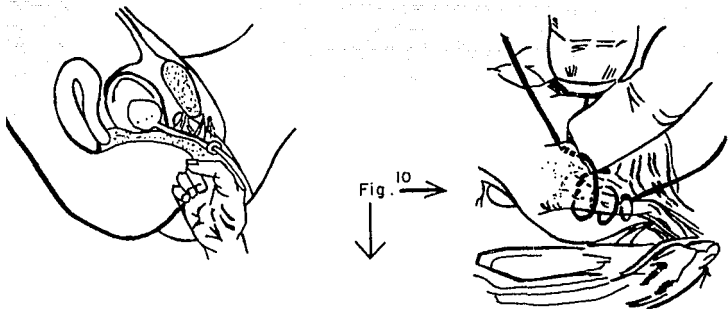


Fig. 8



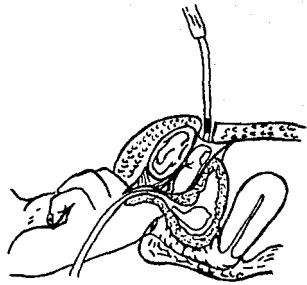
Se perfora la fascia endopelvica 3 cm. lateralmente de la uretra y de cada lado la fascia liberada de cada lado se toma con pinzas de Allis. Con un movimiento de lateralización de la sonda Foley se ayuda a exponer los ligamentos pubouretrales. Se coloca una sutura con Prolene del No. 0 en el ligamento pubouretral posterior cerca de su unión con la uretra, se pasan tres o más vueltas a través del ligamento y los extremos libres de la fascia endopelvica. Se realiza el mismo procedimiento en el lado opuesto. ( Figs: 9, 10, ).





Se realiza una incisión suprapúbica transversal de 4 cm. sobre la piel, se disecciona el tejido celular para exponer la fascia del recto anterior. Se inserta el extremo de transportador de liadura de Pereyra ( aguja de Pereyra ).

En un extremo de la incisión, se atraviesa la fascia del recto y con la punta del dedo de la mano opuesta introducido retropúbicamente por la vagina, la punta de la aguja se dirige y se extrae por la vagina. En la punta de la aguja se " enhebran" los extremos de la sutura helicoidal del mismo lado, se extrae la aguja traccionando los extremos de la sutura por la incisión suprapúbica, se realiza el mismo procedimiento del lado opuesto. La uretra se eleva de la manera siguiente: Un ayudante introduce los dedos medio e índice a los lados de la uretra hasta la unión vesicouretral, el cirujano gradualmente eleva las cuatro suturas suspensorias, el ayudante reporta cuando la movilidad de la uretra es de 6 mm. a cada lado de la línea media, el cirujano entonces coloca el primer nudo uniendo los extremos de las suturas. Se debe hacer un esfuerzo por evitar la sobrecorrección, se verifica el drenaje de la orina para buscar sangrado importante. La sonda foley se reemplaza con un panendoscopio para excluir que las suturas hayan penetrado o lesionado la uretra o la vejiga, lo cual se debe corregir antes de continuar el procedimiento. Se hacen seis nudos más a la sutura, la apertura vaginal se cierra y se coloca un taponamiento de gasa. Dos extremos de la sutura se colocan en una aguja curva y se da un punto a 12 mm. de del nudo anterior sobre la fascia del recto anterior, volviéndose a anudar los cuatro extremos. La herida de la piel se sutura en forma habitual. (Figs.:11,12,13).



↑  
← Fig. 11

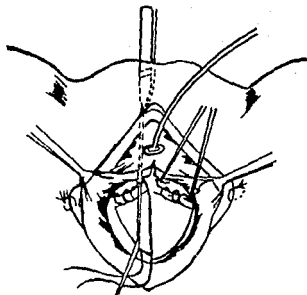


Fig. 12

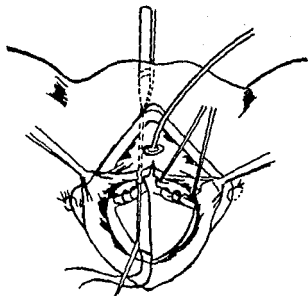
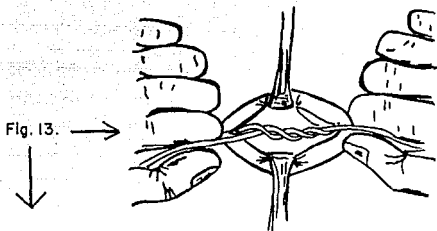


Fig 12

Fig. 13.



Los autores retiran la sonda a las 72 hrs., si la paciente no es capaz de orinar o si se presenta orina residual mayor de 100ml. se le coloca nuevamente la sonda por siete días mas con nueva valoración.

#### Ventajas del Procedimiento de Pereyra Modificada

- 1.- El procedimiento utiliza los elementos mas fuertes como los ligamentos pubouretrales en las suturas suspensorias para reestablecer la uretra prolapsada a una posición ortotopica.
- 2.- La fascia endopélvica ofrece mayor resistencia al estiramiento de la sutura.
- 3.- Cada tejido involucrado en la reconstrucción se expone completamente a la visión directa, de tal manera que si se sigue la técnica adecuada hay menor riesgo de penetración vesical o uretral.
- 4.- El evitar la sobrecorrección en la elevación uretral, se asegura permitiendo la movilidad de la uretra mientras se anudan los extremos de la sutura.
- 5.- La funcionalidad de la uretra puede ser confirmada antes de que la operación termine, haciendo que la paciente tosa con la vejiga llena con 350 ml. de sol. fisiológica.
- 6.- La reparación del cistocele comunmente encontrado y/o alguna otra vaginoplastia requerida se pueden realizar en un mismo tiempo.
- 7.- El procedimiento se realiza con menor tejido traumatizado, en menor tiempo y con mejores resultados predictibles y de mayor duración. ( 31, 32, 33, 34, 35 ).

### III MATERIAL Y METODOS

Durante el periodo comprendido del 1o. de febrero de 1972, al 31 de agosto del mismo año se realizaron dos procedimientos quirúrgicos como tratamiento primario para la corrección de la IUE, formando dos grupos de pacientes. A un grupo se le realizó la Op. de Pereyra modificada y al otro grupo la plastia de Kelly-Kennedy. Las pacientes se seleccionaron en forma aleatoria para cada uno de los grupos. Previamente al procedimiento quirúrgico se les realizó a las pacientes una historia clínica y ginecológica completas, exámen físico general y exploración pélvica, pruebas urodinámicas como cistometría con manómetro de agua, prueba de Q-tip y prueba de Bonney.

La Operación de Pereyra modificada se realizó conforme a los lineamientos publicados en el artículo original ( Modified Pereyra Procedure, 1976 ) ( como se describio en páginas anteriores).

En ambos grupos se efectuó la tradicional colporrafia anterior si la paciente lo ameritaba.

Se analizaron de igual manera los siguientes parámetros: edad, peso, relación con la menopausia, paridad, etc. en cada uno de los grupos. En el seguimiento postoperatorio las pacientes se evaluaron en forma clínica con los mismos procedimientos y parámetros utilizados antes de la cirugía. Además en forma rutinaria a todas las pacientes se les solicitó: frotis y cultivo vaginal, Papanicolaou, exámen general de orina, urocultivo para descartar y/o tratar cualquier patología agregada, así mismo se les realizaron exámenes preoperatorios de rutina. ( BH, QS, TP, TPT, Gpo. y RH, y valoración cardiológica si era necesario ).

Se estudió al grupo de pacientes que acudieron con el antecedente de IUE a la consulta externa del servicio de ginecología ( módulo de alteraciones de estática pelvigenital ) del Hospital Regional " Gral. Ignacio Zaragoza " del ISSSTE, enviadas de clínicas de medicina familiar y hospitales de 2o. nivel pertenecientes a la delegación oriente, ( clínicas: Iztapalapa, Oriente, Nezahualcoyotl, Balbuena, Moctezuma, Morelos). de la ciudad de México, D.F.

En la investigación se estudió un grupo de 60 pacientes, 8 de las cuales se eliminaron por datos de inestabilidad del detrusor en la evaluación preoperatoria. También se eliminaron del estudio dos pacientes con tratamientos quirúrgicos previos para la IUE. Las 50 pacientes restantes se dividieron al azar en dos grupos, a cada uno de los cuales se les realizó un procedimiento quirúrgico diferente, la Op. de Pereyra modificada

y la Plastía de Kelly-Kennedy.

Otro criterio de eliminación fue la pérdida de control de alguna paciente durante el seguimiento postoperatorio.

Se estudió también el tiempo de evolución de la IUE, grado de severidad de la misma, datos compatibles con inestabilidad del detrusor, valorados subjetivamente por el interrogatorio, y objetivamente con la cistometría. Presencia o ausencia de cistocele y el grado del mismo. Todos los datos fueron recolectados en el formato correspondiente. (anexo 1: hoja de datos.).

Todos los parámetros fueron evaluados de acuerdo a la Sociedad Internacional de Continencia y a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

La investigación de acuerdo a los parámetros estipulados fue de tipo aplicada, comparativa, clínica, longitudinal, prospectiva y abierta.



**NOTA:**

Es importante mencionar que todos los procedimientos quirúrgicos, así como la evaluación preoperatoria y el seguimiento postoperatorio fueron realizados por el autor de la investigación con la supervisión de médicos adscritos del módulo de trastornos de estática pelvigenital de la unidad.

#### IV RESULTADOS

En la investigación realizada encontramos las siguientes características en las pacientes para ambos grupos: La edad promedio fue de 44.86 a. con un rango de 27 a 72 años.

La paridad encontrada fue de 4.26 partos en promedio y con un rango de 0 a 12 partos.

El peso que presentaron las pacientes fue de 66.54 kg. en promedio con un margen de 47 a 93.5 kg.

En relación con la menopausia encontramos un 68% de pacientes premenopáusicas y un 32% de pacientes postmenopáusicas.

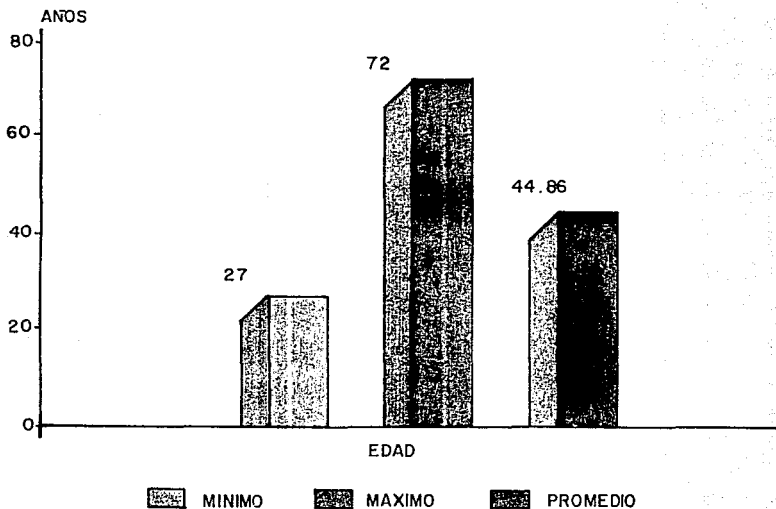
El grado de relajación pélvica encontrado fue de 10% con grado I; 66% con grado II, y 24% con cistocele grado III.

El tiempo de evolución de la IUE fue de 3.69 años en promedio y con un rango de 0.5 a 20 años. (TABLA 1).

**CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS**

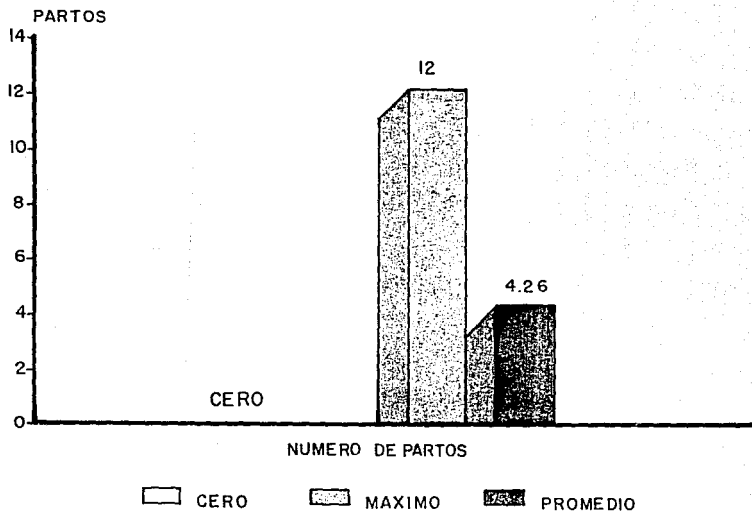
	MINIMO	MAXIMO	PROMEDIO
EDAD	27	72	44.86
PARIDAD	0	12	4.26
PESO	47	93.5	66.54
PRE-MENOPAUSICAS	-	--	68 %
POST-MENOPAUSICAS	-	-	32 %
CISTOCELE MENOR 2 º	-	-	10 %
CISTOCELE MAYOR 2 º	-	-	90 %
TIEMPO DE EVOLUCION IUE ( en años)	0.5	20	3.69

# EDAD DE LAS PACIENTES AMBOS GRUPOS



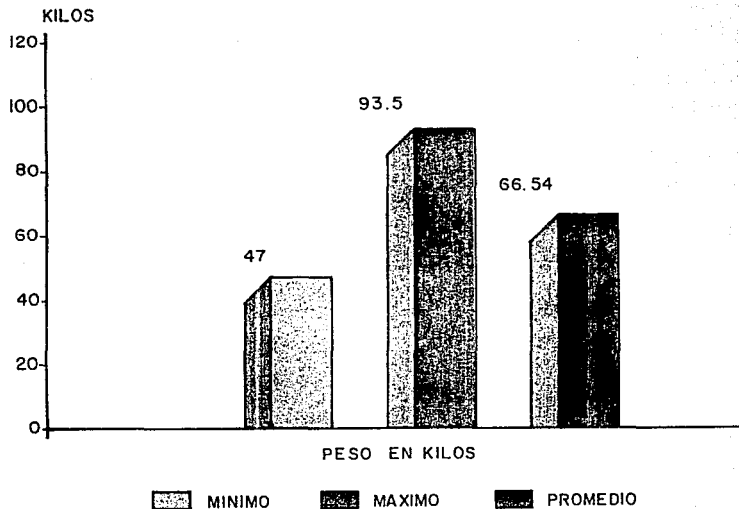
H.R.G.I.Z. ISSSTE

# PARIDAD DE LAS PACIENTES AMBOS GRUPOS

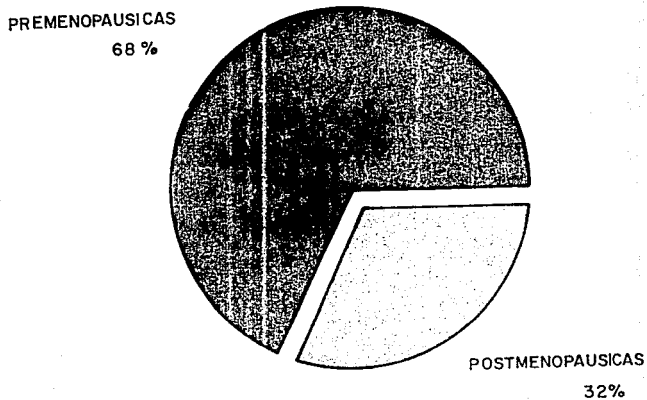


H.R.G.I.Z. ISSSTE

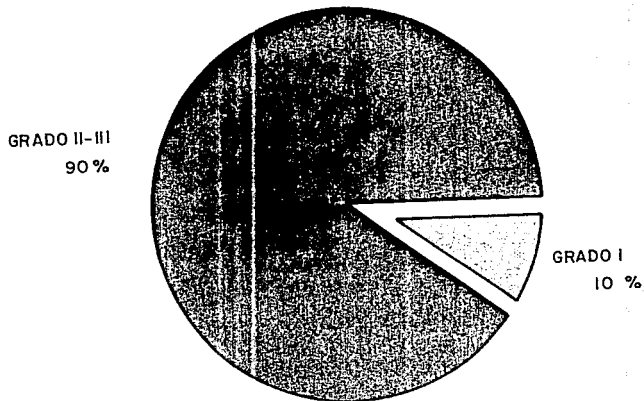
# PESO DE LAS PACIENTES AMBOS GRUPOS



# RELACION CON LA MENOPAUSIA AMBOS GRUPOS



# GRADO DE CISTOCELE AMBOS GRUPOS



La sintomatología pre y postoperatoria que presentaron las pacientes para cada uno de los grupos mostró las siguientes variaciones según se enlistó en las tablas 2 y 3.

SINTOMATOLOGIA PRE Y POST-OPERATORIA

OPERACION DE PEREYRA	PRE	POST
INCONTINENCIA DE ESFUERZO	25 (100%)	1 (4%)
INCONTINENCIA DE URGENCIA	6 (24%)	6 (24%)
SENSACION DE CPO. EXTRAÑO	14 (56%)	- (0%)
INFECCION VIAS URINARIAS	9 (36%)	2 (8%)
PRUEBA DE BONNEY (+)	22 (88%)	- (0%)
PRUEBA DE Q-TIP (+)	25 (100%)	4 (16%)

TABLA 2

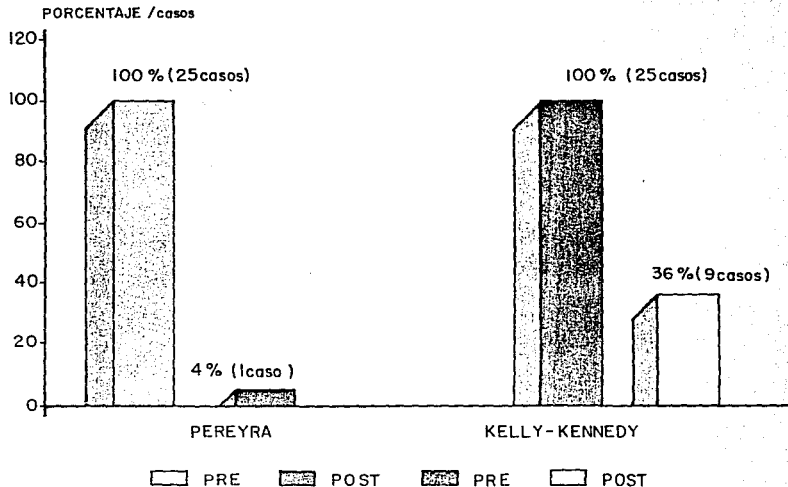
SINTOMATOLOGIA PRE Y POST-OPERATORIA

PLASTIA DE KELLY-KENNEDY	PRE	POST
INCONTINENCIA DE ESFUERZO	25 (100%)	9 (36%)
INCONTINENCIA DE URGENCIA	4 (16%)	1 (4%)
SENSACION DE CPO. EXTRAÑO	9 (36%)	- (0%)
INFECC. VIAS URINARIAS	7 (28%)	- (0%)
PRUEBA DE BONNEY (+)	21 (84%)	2 (8%)
PRUEBA DE Q-TIP (+)	25 (100%)	9 (36%)

TABLA 3

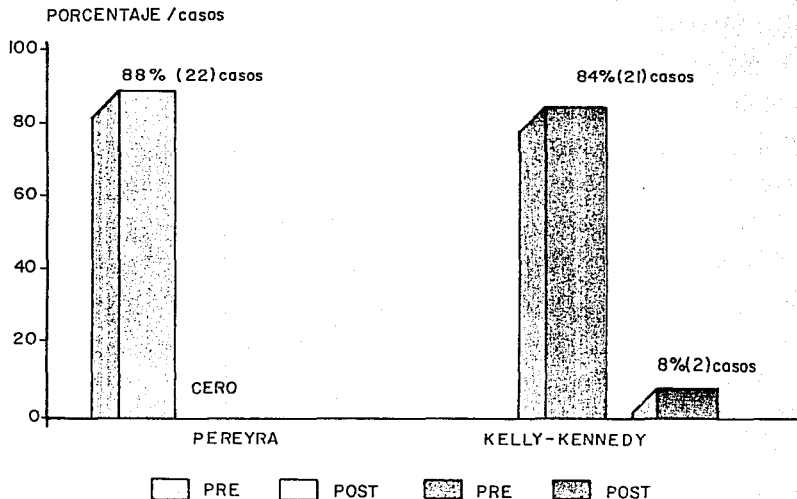


# SINTOMA DE I.U.E ANTES Y DESPUES DE TX.



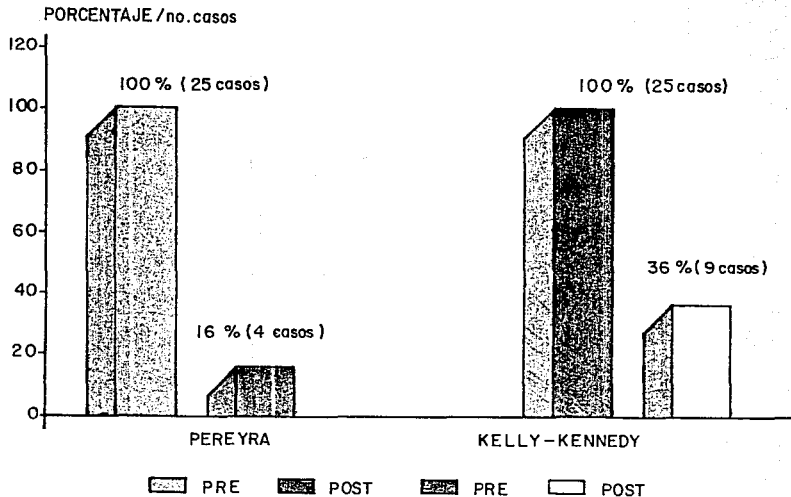
H.R.G.I.Z. ISSSTE

# PRUEBA DE BONNEY. (+) ANTES Y DESPUES DE TX.



H.R.G. | Z. | ISSSTE

# PRUEBA DE Q-TIP. (+) ANTES Y DESPUES DE TX.



El curso transoperatorio en ambos grupos tuvo las siguientes características en su evolución:

La Operación de Pereyra Modificada se realizó en un tiempo quirúrgico promedio de 67.64 min. con un rango de 35 a 120 min.. La plastia de Kelly-Kennedy se efectuó en un tiempo de 71.24 min. en promedio y con un rango de 30 a 180 min.

El sangrado transoperatorio que presentó la Op. de Pereyra fue de 146.4 ml. en promedio con un rango de 60 a 500 ml. La Plastia de Kelly-Kennedy tuvo un sangrado de 198 ml. como promedio y con un rango de 60 a 500 ml.

La hematuria fue un dato poco observado y fue de 1 caso (4%) para la Op. de Pereyra, y fue de grado leve el cual se corrigió con medidas conservadoras y no ameritó transfusión sanguínea. La plastia de Kelly-Kennedy no presentó ningún caso de hematuria.

En ninguno de los dos grupos se presentaron lesiones vesicales ni lesiones uretrales. (tabla 4).

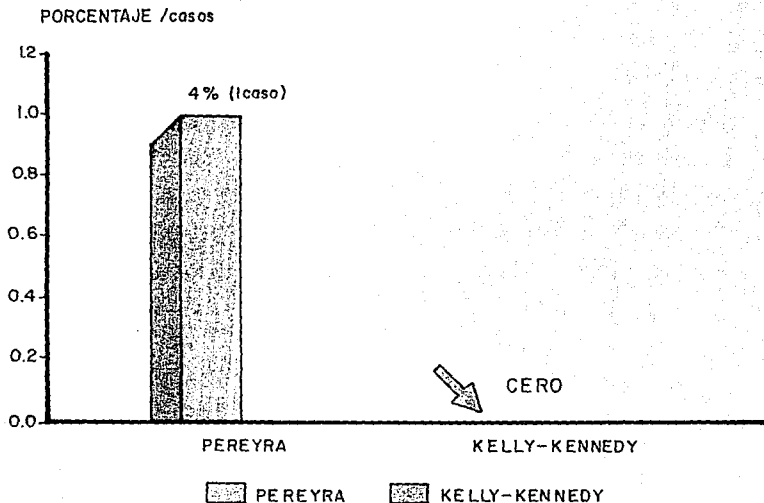
CURSO TRANSOPERATORIO

	OP. DE PEREYRA	KELLY-KENNEDY
SANGRADO TRANSOPERATORIO	146.1 ML. (P)	198 ML. (P)
HEMATURIA	1 CASO (4%)	-
LESION VESICAL	-	-
LESION URETRAL	-	-

(P) = PROMEDIO.

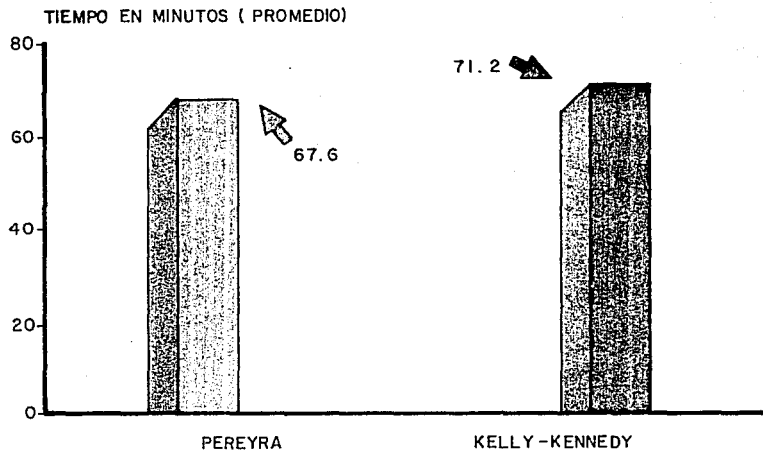
TABLA 4

# CURSO TRANSOPERATORIO HEMATURIA



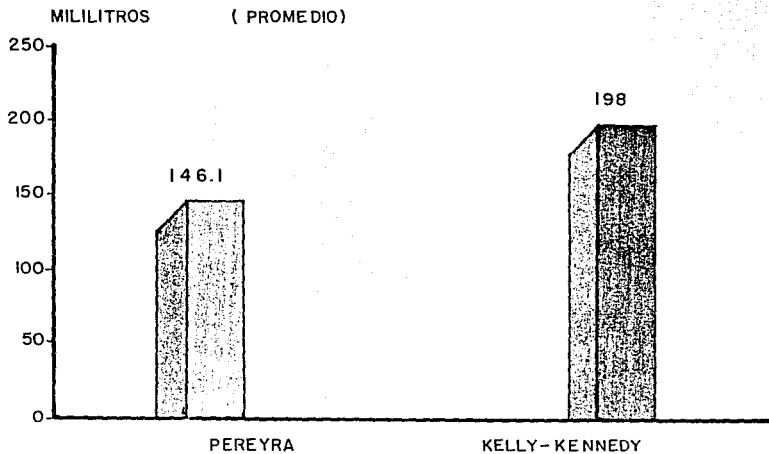
H.R.G.I.Z. ISSSTE

# CURSO TRANSOPERATORIO TIEMPO QUIRURGICO



H.R.G.I.Z. ISSSTE

# CURSO TRANSOPERATORIO SANGRADO



H.R.G.I Z. ISSSTE

La morbilidad postoperatoria presentó pocas complicaciones dentro de las cuales la mas frecuente fue la retencion urinaria, y/o orina residual mayor de 100 ml. después de la primera ocaçion en que se retiró la sonda foley. Estas características se enlistan en la tabla 5.

MORBILIDAD POSTOPERATORIA

	OP. PEREYRA		KELLY-KENNEDY	
	CASOS	%	CASOS	%
FIEBRE MAYOR DE 38 °	-	-	-	-
RETENCION URINARIA	15	60	3	12
INFECC. VIAS URINARIAS	2	8	-	-
SENSACION CPO. EXTRAÑO	-	-	-	-
SANGRADO/HEMATOMA	1	4	2	8
ABSCESO DE COLPORRAFIA Y/O HERIDA SUPRAPUBICA	1	4	-	-

TABLA 5

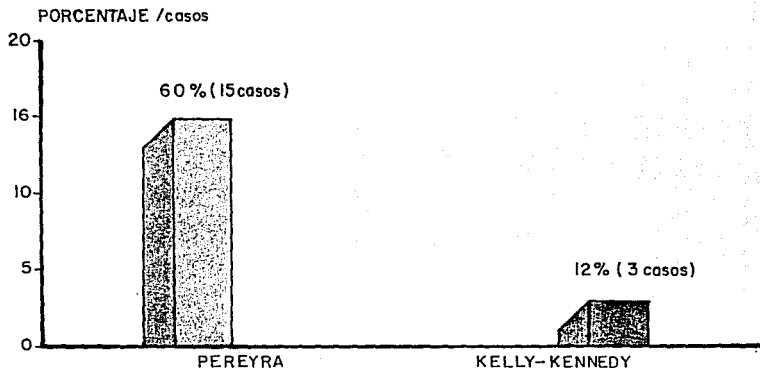
El curso postoperatorio mostró los siguientes datos: Los días de estancia hospitalaria para el grupo de Op. de Pereyra fue de 3.8 como promedio y con un rango de 2 a 12 días, y para el grupo de plastia de Kelly-Kennedy fue de 3.68 en promedio con un rango de 3 a 7 días.

Los días de permanencia con sonda Foley por retención urinaria o por presentar orina residual mayor de 100 ml. ( en la mayoría de los casos ) fue de 11.68 días como promedio para la Op. de Pereyra y de 7.44 días para la Plastia de Kelly-Kennedy, con un rango de 1 a 30 días para la Op. de Pereyra y para la Plastia de Kelly-Kennedy de 1 a 21 días. ( tabla 6 ).

En el grupo de Pereyra se presentó retención urinaria de 16 pacientes ( 64 % ), después del primer retiro de sonda Foley, en 5 casos ( 20 % ) en grupo de Kelly-Kennedy.



# MORBILIDAD POSTOPERATORIA RETENCION URINARIA Y-O ORINA RESIDUAL MAYOR DE 100 ML.



DESPUES DEL 1er RETIRO DE SONDA  
(A LAS 48 Hrs.)

EVOLUCION POSTOPERATORIA

		PEREYRA	KELLY-KENNEDY
DIAS DE ESTANCIA	promedio	3.8	3.68
HOSPITALARIA	rango	2 a 12	3 a 7
DIAS CON SONDA	promedio	11.8	3.2
FOLEY	rango	1 30	1 21

TABLA 6

Ambos procedimientos la Plastia de Kelly-kennedy y la Operación de Pereyra modificada se evaluarán en terminos de tasas de curación, mejoría y de falla.

Las tasas de curación para cada uno de los grupos se subdividirán en tres grupos de acuerdo al tiempo de seguimiento postoperatorio. El primer subgrupo de 1 a 3 meses, el segundo de 4 a 6 meses y el tercero de más de 6 meses.

La Operación de Pereyra mostró una curación de 9 casos (36%) en el grupo de 1 a 3 meses; 12 casos (48%) en el grupo de 4 a 6 meses, y 1 caso (4%) en el grupo de más de 6 meses, con un total acumulativo de curación de 22 casos (88%).

La Plastia de Kelly-kennedy reveló tasas de curación más bajas, las cuales son: 8 casos (32%) en el grupo de 1 a 3 meses; 8 casos (32%) en el grupo de 4 a 6 meses y ningún caso en el grupo de más de 6 meses, con un total acumulativo de 16 casos (64%).

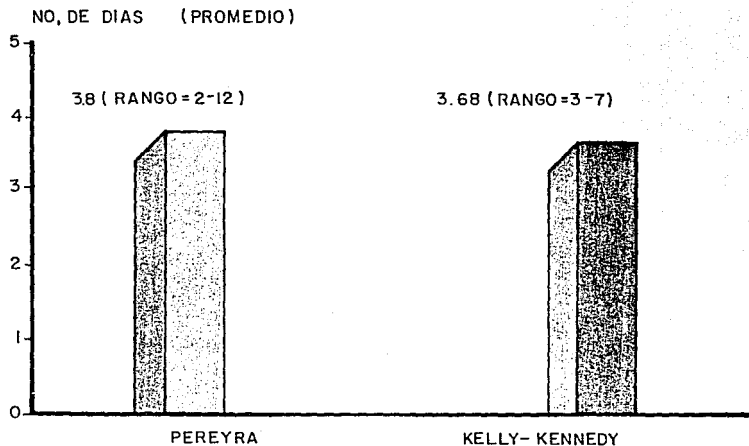
La Operación de Pereyra mostró mejoría en 2 casos (8%) en el grupo de 4 a 6 meses, con ningún caso de mejoría en los dos grupos restantes.

La Plastia de Kelly-Kennedy reveló mejoría en 2 casos (8%) en el grupo de 1-3 meses y otros 2 casos (8%) en el grupo de 4 a 6 meses con un total de mejoría de 4 casos (16%).

Se presentó falla en la Op. de Pereyra en un caso (4%) en el grupo de 4-6 meses, en los otros grupos no hubo casos de falla.

# MORBILIDAD POSTOPERATORIA

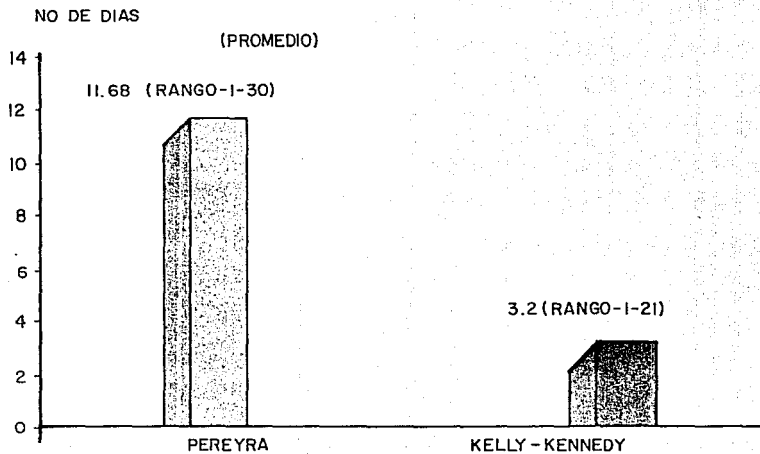
## DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA



H.R.G. I.Z. ISSSTE

# MORBILIDAD POSTOPERATORIA

DIAS CON SONDA FOLEY



H.R.G.I.Z. ISSSTE

En la plastía de Kelly-Kennedy hubo 3 casos de falla (12%) en el grupo de 1 a 3 meses, y 4 casos (16%) en el grupo de 4 a 6 meses, con un total de falla de 7 casos (28%). (estos resultados se enuncian en las tablas 7 y 8).

TASAS DE CURACION

OP. DE PEREYRA	CURACION	MEJORIA	FALLA
GRUPO DE 1-3 MESES	9 (36%)	-	-
GRUPO DE 4-6 MESES	12 (48%)	2 (8%)	1 (4%)
GRUPO DE MAS 6 MESES	1 (4%)	-	-
TOTAL	22 (88%)	2 (8%)	1 (4%)

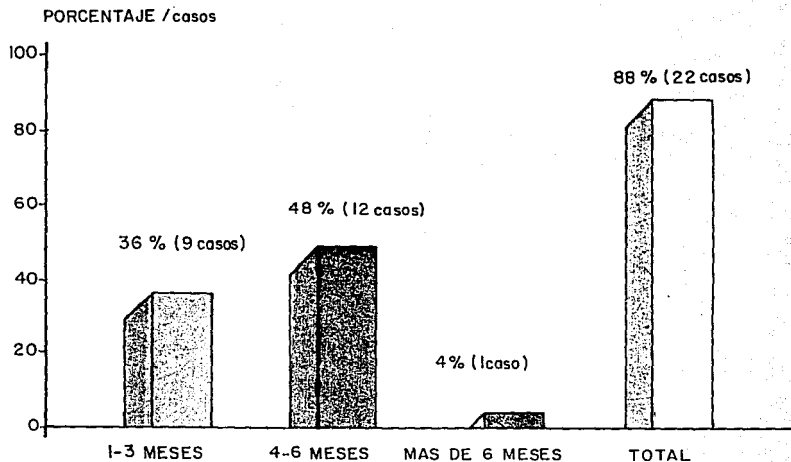
TABLA 7

TASAS DE CURACION

PLASTIA DE KELLY-KENNEDY	CURACION	MEJORIA	FALLA
GRUPO DE 1-3 MESES	8 (32%)	1 (4%)	3 (12%)
GRUPO DE 4-6 MESES	8 (32%)	1 (4%)	4 (16%)
GRUPO DE MAS 6 MESES	-	-	-
TOTAL	16 (64%)	2 (8%)	7 (28%)

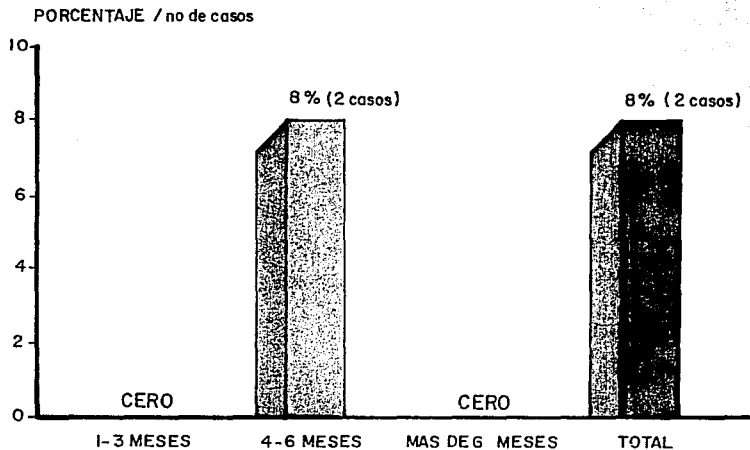
TABLA 8

# TASAS DE CURACION DE IUE OPERACION DE PEREYRA



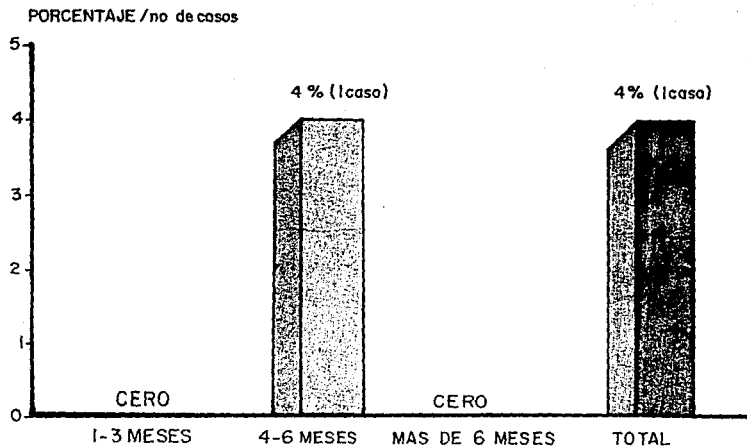
H.R.G.I.Z. ISSSTE

# TASAS DE MEJORIA DE IUE OPERACION DE PEREYRA



H.R.G.I.Z. ISSSTE

# TASAS DE FALLA DE IUE OPERACION DE PEREYRA

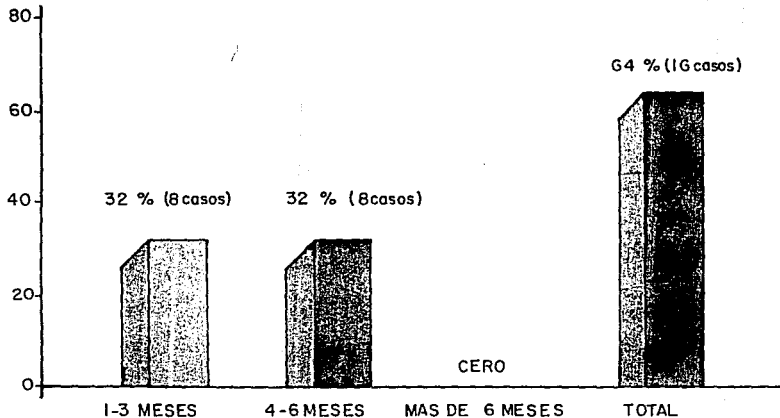


H.R.G.I.Z. ISSSTE



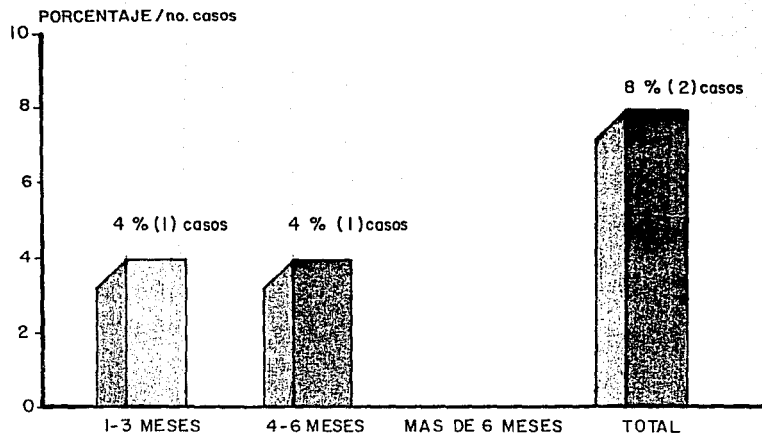
# TASAS DE CURACION DE IUE PLASTIA DE KELLY - KENNEDY

PORCENTAJE / no de casos



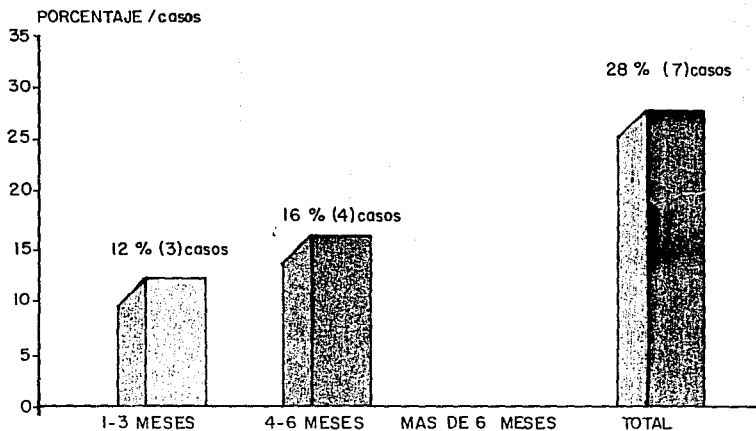
H.R.G.I.Z. ISSSTE

# TASAS DE MEJORIA DE IUE PLASTIA DE KELLY - KENNEDY



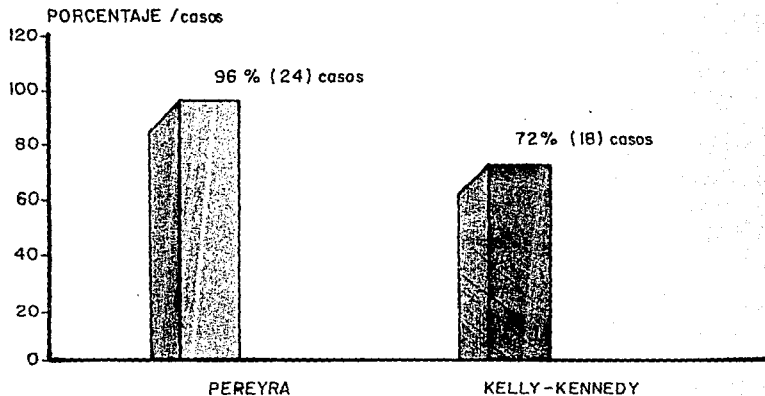
H.R.G.I.Z. ISSSTE

# TASAS DE FALLA DE IUE PLASTIA DE KELLY - KENNDY



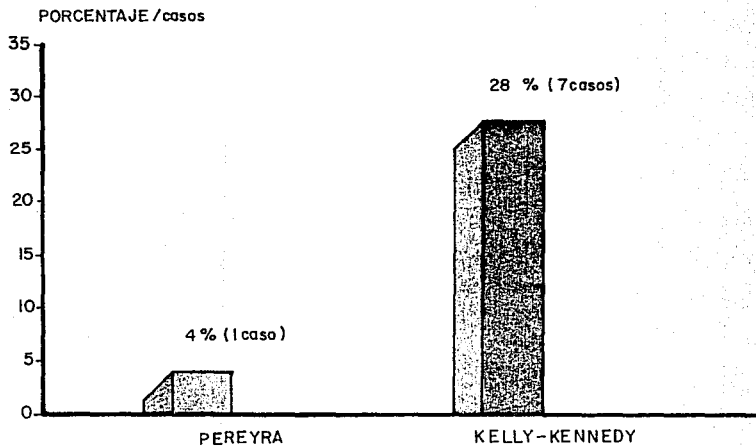
H.R.G.I.Z. ISSSTE

# TASA COMPARATIVA DE CURACION Y MEJORIA OP. PEREYRA / KELLY-KENNEDY



H.R.G.I.Z. ISSSTE

# TASA COMPARATIVA DE FALLA OP. PEREYRA / KELLY-KENNDY



H.R.G.I.Z. ISSSTE

## V D I S C U S I O N

En este estudio encontramos que la evaluación clínica y urodinámica realizada en forma preoperatoria fue altamente específica ya que encontramos 8 casos (15% del total) con datos fuertemente sugestivos de inestabilidad del detrusor lo cual corresponde con la literatura mundial, siendo esta evaluación de fácil acceso, rápida, eficaz y de bajo costo, disminuyendo de esta manera el porcentaje de pacientes que se sometían a procedimientos quirúrgicos innecesarios, aumentando del mismo modo el porcentaje de éxitos después de las intervenciones quirúrgicas para la corrección de IUE bien indicadas.

Las tasas de curación para la Operación de Pereyra modificada encontradas en el estudio (96 %) fueron similares a las de los reportes anteriores en la literatura mundial, aunque aun tenemos un seguimiento no muy prolongado. Las tasas de curación para este mismo procedimiento varían según los diferentes autores, de las cuales destacan las siguientes: Bhatia y Bergman 1985 ( 85 % ), con seguimiento a un año. Pereyra y cols., 1982 ( 89 % ) con seguimiento hasta de 4-6 años. con pacientes con cirugías previas anti-incontinencia, y del 94 % en pacientes sin cirugías previas con un seguimientos similar. Pow y col., 1986 (91%); Muzsanai, 1982 (95%), ambos con seguimientos de 6 a 36 meses. Raz, 1981 ( 96 % ). ) 49, 31, 37, 20, 26 ).

Las tasas de curación encontradas para la plastia de Kelly-Kennedy ( 72% ) fueron mucho mas bajas comparadas con las de la Op. de Pereyra lo cual es similar a lo reportado en la literatura mundial. ( 52 ).

Los demás parámetros analizados fueron similares para ambos procedimientos, excépto por los días con catéter vesical ya que este fue mas prolongado con la Op. de Pereyra, sin embargo este punto no tuvo ninguna complicación a largo plazo y las pacientes reanudaron la micción espontánea sin detos de IUE, lo cual también es la complicación mas frecuentemente reportada por todos los autores. ( 52 ).

No existe hasta el momento actual una operación aplicable a todas las pacientes. La selección del procedimiento que cumpla los objetivos terapéuticos debe ajustarse al caso en particular según la existencia de alteraciones de la estática pelvigenital y la patología ginecológica asociada, procurando efectuar la solución de los problemas en un solo acto quirúrgico y por una sola vía.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Debido a todas las variables estudiadas y a los resultados mencionados, creemos que no es conveniente someter a la paciente al procedimiento de Kelly-Kennedy, ya que el riesgo quirúrgico no justifica los bajos porcentajes de curación que presenta este tipo de cirugía, de tal manera creemos conveniente se deje de utilizar con el propósito de corregir la IUE, y de ser posible se realice cualquier procedimiento de cistoureteropexia retropúbica ya sea Op. de Pereyra, Burch, Marshal-Marchetti-Krantz, de acuerdo a la ruta crítica que al final se propone.

La obesidad según reportan otros autores (49) es un factor común en todos los casos de fálta de los procedimientos quirúrgicos. En nuestro estudio no se encontró esta relación directa, ya que en los casos de fálta el peso promedio fue de 65.8 kg. y las macientes de mayor peso (76, 81, 91, 93 kg.) se encontraban en el grupo de curación.

La incontinencia de urgencia persistente o recurrente después de una operación para IUE genuina ha sido atribuida a 2 causas principales:

- 1) Prolapso recurrente del cuello de la vejiga y uretra proximal debido a una técnica quirúrgica pobre o selección de la operación incorrecta.
- 2) Inestabilidad del detrusor que ha persistido o que ha aparecido "de novo" en forma postoperatoria. (39).

Esta segunda situación solo se presentó en 4 casos (6.6 %) en ambos grupos de nuestro estudio, lo cual es mas bajo que los reportes publicados previamente (10 %). (39). Este parámetro encontrado en forma tan baja puede ser debido a que en nuestro servicio la técnica operatoria sea adecuada y con un mínimo de lesión a los tejidos parauretrales.

La persistencia de incontinencia urinaria solo se mostró en 3 casos (5 %).

La remisión de la incontinencia de urgencia se presentó en 6 casos (10 %), lo cual se ha observado por otros autores (39), sugiriendo que es probable que la etiología de la inestabilidad del detrusor pueda estar relacionada con la etiología de la IUE.

Otra variable analizada fué la menopausia. Este parámetro no encontramos relación directa con la presencia de IUE, ya que el 68 % del total de pacientes fueron premenopáusicas y el porcentaje restante fue postmenopáusico, lo cual es contrario a lo publicado en la literatura mundial con respecto a la relación con la disminución hormonal postmenopáusica con la aparición o incremento de la IUE.

## VI CONCLUSION

1.- La principal conclusión a la que se llega con este estudio, la cual fue el motivo del mismo es la demostración de que la Operación de Pereyra Modificada tiene mejores resultados para la corrección de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo que la Plastia de Kelly-Kennedy, en base a todos los resultados expuestos anteriormente.

2.- La segunda conclusión es que la valoración preoperatoria realizada es de gran utilidad para descartar otras posibles causas de I.U.E., siendo esta evaluación de fácil acceso, fácil de interpretar y de muy bajo costo, por lo cual debería formar parte integral de cualquier centro ginecológico en el estudio de la paciente incontinente.

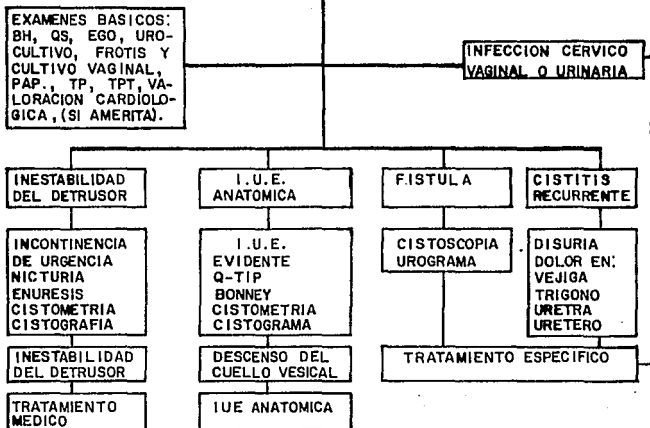


INCONTINENCIA URINARIA

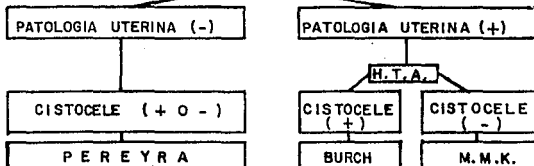
DE ESFUERZO

PROTOCOLO DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO



TRATAMIENTO



(anexo 1 = no. 16)

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

No. Caso: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Gesta:  Para:  Aborto:  Cesarea:

Tipo de Parto:  Eutocico  Distocico  Instrumentado

Otros: (especificar) \_\_\_\_\_

Incontinencia Urinaria de esfuerzo:

Al correr  Al estornudar/toser  Al subir escaleras

Al caminar o cambiar de posición

tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

Tx. previo: \_\_\_\_\_

Inestabilidad del Detrusor:

Enuresis

Polaquiuria

Nicturia

Chorro débil

Goteo posterior

Incontinencia de urgencia

Incontinencia mediata al toser

Disuria

Prueba de Q-Tip: \_\_\_\_\_

Prueba de toalla húmeda: \_\_\_\_\_

EGO: \_\_\_\_\_

Urocultivo: \_\_\_\_\_

Otros Estudios: \_\_\_\_\_

Cistocele: I \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_ III \_\_\_\_\_

TIPO DE CIRUGIA REALIZADA: PEREYRA \_\_\_\_\_ KELLY-KENEDY \_\_\_\_\_

curación

mejoría

falla

1-3 meses \_\_\_\_\_

3-6 meses \_\_\_\_\_

+ 6 meses \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Médico Tratante: \_\_\_\_\_ 73

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

- 1.- Anderson JT, Bradley WE. Cistometry: detrusor reflex activation, clasification and terminology. J. Urol. 118:623,1977.
- 2.- Arrol EP, Webster JR, Loose H. et al: Urodynamics of female incontinence: factor influencing the results of surgery. Am. J. Obstet Gynecol. 117:805, 1973.
- 3.- Bhatia N, Ostergard D. Urodynamic effects of retroubic urethropexy in genuine stress incontinence. Am. J. Obstet Gynecol. 140:936, 1981.
- 4.- Cardozo L, Stanton SL. Genuine incontinence and detrusor instability: A review of 200 patients. Br J. Obstet Gynecol. 87:184, 1980.
- 5.- Donovan JM, Gleason DM. Identifying types of female incontinence with retrograde urethrocytography. Urol. 35:458, 1990.
- 6.- Drutz HP, Mandell F. Urodynamic analisis of urinary incontinence simptoms in women. Am J Obstet Gynecol. 134:789, 1979.
- 7.- Fantl JA, Glenn H et al. Urethral axis and sphinteric function. Am J Obstet Gynecol. 155:544, 1986.
- 8.- Faysal MH, constantinou CE, Rother LF, et al. The impact of bladder neck suspension on the resting and stress urethral presure profiles: A prospective study comparing control with incontinent patients preoperatively and postoperatively. J. Urol. 125:55, 1981.
- 9.- Gordon SP, Miller EJ. Surgical treatment of Stress Urinary Incontinence: A comparison of the Kelly Plication, Marshall-Marchetti-Krantz, and Pereyra Procedures. Obstet Gynecol. 71:575, 1988.
- 10.- Gordon WA, Leberz TB. Modified Pereyra procedure under local anesthesia. Obstet Gynecol. 68:772, 1986.
- 11.- Gordon D, et al. Comparison of ultrasound and lateral chain urethrocytography in the determination of bladder neck descent. Am J Obstet Gynecol. 160:182, 1989.
- 12.- Hodgkinson CP. Stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol. 10E:1141, 1970.

- 13.- Iris de la Cruz S. Evaluacion de la paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo, Ginec. Obstet Mex. 56:5, 1988.
- 14.- Iris de la Cruz S. y col. Cistouretropexia retropubica en incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginec. Obstet Mex. 54:329, 1986.
- 15.- Jorgensen GL et al. Voiding Difficulties after colposuspension. Obstet Gynecol. 69:33, 1987.
- 16.- Klute C et al. The anatomy of stress incontinence: Magnetic resonance imaging of the female bladder neck and urethra. J. urol. sep. 563, 1990.
- 17.- Koelbl H Bernaschek G, Deutinger J. Assessment of female urinary incontinence by introital sonography. J.C.U. 18(4):370, 1990.
- 18.- Kohorn EI, et al. Ultrasound cystourethrography by perineal scanning for the assessment of female stress urinary incontinence. Obstet Gynecol. 68:269, 1986.
- 19.- Langer R, et al. The value of simultaneous hysterectomy during Burch colposuspension for urinary stress incontinence. Obstet Gynecol. 72:866, 1986.
- 20.- Leach GE, Raz S. Modified Pereyra bladder neck suspension after previously failed antiincontinence surgery. Surgical technique with long term follow-up. Urology 23:359, 1984.
- 21.- Lockhart JL, et al. Combined Cystourethropey for the treatment of type 3 and complicated female urinary incontinence. J Urol. 143:722, 1989.
- 22.- Meyhoff HH, et al. The effects of vaginal repair on anterior bladder suspension defects. Acta Obstet Gynecol Scand. 64:433, 1985.
- 23.- Migliorini GD, Glenning PP. Bonneys test "fact or fiction?". Br J Obstet Gynecol. 94:157, 1987.
- 24.- Montz FJ, Stanton SL, Q-tip test in female urinary incontinence. Obstet Gynecol. 67:258, 1986.
- 25.- Morales A, Van Cott GF. The Gittes procedure as an improved simplification of current techniques for vesical neck suspensions, Surgery Gynecol Obstet. 167:243, 1988.
- 26.- Narender N, Bhatia, Bergman. Modified Burch vs. Pereyra retropubic urethropey for stress urinary incontinence. Obstet Gynecol. 66:255, 1985.

- 27.- Narender N. Bhatia, Donald, Ostergard. Urodynamics in woman with stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 60:552, 1982.
- 28.- Ostergard DR, Mc Carthy TA. Diagnostic procedures in female urology. *Am J Obstet Gynecol.* 137:401, 1980.
- 29.- Parnell JP, Marshal VF, Vaughan ED. Primary management of urinary stress incontinence by the Marshal-Marchetti-Krantz vesicourethropexy. *J. Urol.* 127:679, 1982.
- 30.- Peña MS, Silva G, y col. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo III, Operación de Buech. *Ginec. Obstet. Mex.* 56:39, 1988.
- 31.- Pereyra AJ, Lebherz TB, Growdon WA, Powers JA. Pubourethral supports in perspective: Modified Pereyra procedure for urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 59:643, 1982.
- 32.- Pereyra AJ. A simplified procedure for the correction of stress incontinence in women. *West. J. Surg. Obstet Gynecol.* 67:223, 1959.
- 33.- Pereyra AJ, Lebherz TB. Combined urethrovesical suspension and vaginal urethroplasty for correction of urinary stress incontinence. *Obstet Gynecol.* 30:537, 1967.
- 34.- Pereyra AJ, Lebherz TB. The revised Pereyra procedure in Gynecologic and obstetric urology. First Edition. Edited by Buchsbaum. Philadelphia, Saunders. 1978, pp.222.
- 35.- Pereyra AJ The Pereyra ligature carrier '75. Symposium of Disorders of urethrovesical junction. Wilmington Medical Center, Wilmington, Delaware, nov. 10-11, 1976.
- 36.- Powel LC. Retropubic urethrociostomy: vaginal aproch. *Am. J. Obstet Gynecol.* 140:91, 1981.
- 37.- Raz S. Modified bladder neck suspension of the vesical neck for urinary incontinence. *Urology.* 17:82, 1981.
- 38.- Riggs JA, et al. Rethropubic cystourethropexy: A review of two operative procedures with lon-term follow-up. *Obstet Gynecol.* 68:98, 1986.
- 39.- Said AA, Hugh DF, Kelly LA. The significance of prior anti-incontinence surgery in women who present with urinary incontinence. *J. Urol.* 140:514, 1988.
- 40.- Sand PK, et al. The low pressure urethra as a factor in failed retropubic urethropexy. *Obstet Gynecol.* 69:399, 1987.

- 41.- Spencer JR, O'Connor VJ, Schaeffer AJ. A comparison of endoscopic suspension of the vesical neck with suprapubic vesicourethropexy for treatment of stress urinary incontinence. *J. Urol.* 137:411, 1987.
- 42.- Stamey TA. Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence in females: Report on 203 consecutive patients. *Ann Surg.* 192:465, 1980.
- 43.- Stanton SL, Cardozo L, Chaudhury N. Spontaneous voiding after surgery for urinary incontinence. *Br. J. Obstet Gynecol.* 85:149, 1978.
- 44.- Stanton SL, Ozsoy C, Hilton P. Voiding difficulties in female: Prevalence, clinical and urodynamic review. *Obstet Gynecol.* 61:144, 1983.
- 45.- Tanago EA. Simplified cystography in stress incontinence. *Br J urol.* 46:295, 1979(1974).
- 46.- Thiede HA, Saini VD. Urogynecology: Comments and caveats. *Am J Obstet Gynecol.* 157:563, 1987.
- 47.- Thomas J. Gynecologic and urodynamic evaluation of women with urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 66:691, 1985.
- 48.- Thomas J et al. Evaluation of a minimal incision pubovaginal suspension as an adjunct to other pelvic floor surgery. *Obstet Gynecol.* 49:366, 1989.
- 49.- Varner RE. Retropubic long-needle suspension procedures for stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 163:551, 1990.
- 50.- Varpula M, Makinen J, Kiilholma P. Couhg urethrocytography: the best radiological evaluation of female stress urinary incontinence. *Eur. J. Radiol.* 9:191, 1984.
- 51.- Varma JS, Fidas A, et al. Neurophysiological abnormalities in genuine stress urinary incontinence. *Br J Obstet Gynecol.* 95:705, 1988.
- 52.- Varma JS, Fidas A, et al. The role of partial desinervation of the pelvic floor in the etiology of genitourinary prolapse and stress incontinence urine. A neurophysiological study. *Br J Obstet Gynecol.* 96:24, 1989.
- 53.- Villalobos M, Iris de la Cruz S, Peña M. Uretropexia retropubica por via vaginal. *Ginec. Obstet. Mex.* 54:311, 1986.

54.- Walter MD, Shields. LE. The diagnostic value of history, physical examination and de Q-tip test in women with urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol. 159:145, 1988

55.- Walter S Olsen KP, Hald T, Jensen HK, Pederson PH. Urodynamic evaluation after vaginal repair and colposuspension. Br J Urol. 54:377, 1982.

56.- Weil A, Reyes H, Bischoff P, et al. Modifications of the urethral rest and stress profiles after different types of surgery for urinary stress incontinence. Br J Obstet gynecol. 91:46, 1984.