

11217
101
20y



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**División de Estudios de Post-grado
Petroleos Mexicanos**

**INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO DE
ORDEN ANATOMICO.
TRATAMIENTO CON LA TECNICA DE PEREYRA**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A E L D R .
LUIS RICARDO YAMANAKA GONZALEZ

MEXICO, D. F. FEBRERO DE 1987



PEMEX

**TESIS CON
FALLA EN COPIA**



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.

TESIS RECEPTIONAL DE LA ESPECIALIDAD
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

TEMA : INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
DE ORDEN ANATOMICO , TRATAMIENTO
CON LA TECNICA DE PEREYRA .

LUGAR : HOSPITAL CENTRAL SUR DE
CONCENTRACION NACIONAL PICACHO
PETROLEOS MEXICANOS .

FECHA : 1 de MARZO de 1985 al 30 diciembre de 1986 .

REALIZADOR: DR. LUIS RICARDO YAMANAKA GONZALEZ

ASESOR : DR. OSCAR MENDIZABAL GONZALEZ
Jefe del Servicio de Ginecología
y Obstetricia, del Hospital Central
Sur de Concentración Nacional Picacho
Petroleos Mexicanos .

INDICE :

- I.- INTRODUCCION
- II.- PROBLEMA E HIPOTESIS
- III.- OBJETIVOS
- IV.- MARCO TEORICO :
 - Definición
 - Frecuencia e Incidencia
 - Fisiología de la micción
 - Etiología
 - Fisiopatología
 - Diagnóstico
 - Historia Clínica y Exploración Física
 - Cistometría
 - Uretrocistograma
 - Diagnóstico Diferencial
 - a) Disinercia del detrusor
 - b) Urgencia urinaria
 - tratamiento
 - a) Médico
 - b) Quirúrgico
- V.- TECNICA DE PEREYRA
- VI.- METODO DE ESTUDIO
- VII.- MATERIAL
- VIII.- METODO DE ESTUDIO Y SEGUIMIENTO
- IX.- RESULTADOS
- X.- CONCLUSIONES
- XI.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION :

La incontinencia urinaria de esfuerzo, es la pérdida - involuntaria de orina, a través de una uretra intacta, - como resultado del incremento de la presión intraabdominal (21,30).

Es uno de los problemas más molestos, que aparece en - la edad avanzada ó por la paridad de la mujer . Si bien - el problema comienza con la pérdida de la contención urina- ria ocasional , cuándo hay un súbito aumento de la pre- sión sobre el diafragma pelviano . Aumenta gradualmente- con la edad, hasta el grado que la paciente debe usar - apósito en todo momento . Es éste el momento en que se - vuelve difícil para la paciente continuar negando que - éste defecto anatómico ha complicado su vida .

Esta síntoma se asocia por lo general, con el uretro - cele y el cistocele, causados por el relajamiento de la- porción anterior del diafragma pelviano y urogenital(.21) La hernia de la uretra y de la base de la vejiga a tra- vés del diafragma pelviano suele ocurrir como resultado - del estiramiento y relajación del sostén sponeurótico de los músculos pelvianos, durante el pasaje del feto por el conducto vaginal . El 95% de los casos de incontinencia- urinaria de esfuerzo se presenta en multiparas, habiendo- una obvia relación entre el daño obstetrico y la falta de control urinario.

La debilidad de la musculatura del diafragma pelviano- también puede presentarse como resultado exclusivo de la edad, con atrofia musculofascial y relajación urogenital- subyacente (30).

El tratamiento quirúrgico encaminado a la corrección de éste defecto, tiene la finalidad de restaurar el sostén fascial y muscular en el cuello de la vejiga y uretra.

La plicatura de Kelly descrita en 1913, es uno de los métodos primarios de la plástica quirúrgica de éste tipo, -- con un promedio de corrección y curación en aproximadamente el 85% de los casos.(57).

Posteriormente Marshall - Marchetti - Krantz comunicaron una operación completamente nueva; el procedimiento -- consistía en la elevación quirúrgica y fijación del cuello vesical y de la uretra, al periostio retropúbico y a los músculos rectos anteriores, por vía suprapúbica, reportándose -- un 83% de éxito (51).

En 1959, Armend Pereyra introdujo una técnica que combinaba la vía vaginal y la abdominal, para realizar la Ventrosuspensión con éxito hasta en un 86% de los casos(61). En -- 1969 modificó su técnica junto con Lebherz con un 86% a 92% de éxito.(66).

El Objetivo de ésta Tesis es demostrar , la experiencia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital -- de Concentración Nacional Sur de Petroleos Mexicanos, con la utilización de la técnica de Ventrosuspensión de Pereyra; -- como tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo de orden anatómico.

PROBLEMA:

DEBIDO A LA GRAN FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN PACIENTES DE EDAD Y CON ANTECEDENTES DE MULTIPARIDAD SE VALORA - SU TRATAMIENTO QUIRURGICO CON LA TECNICA DE PEREYRA .

HIPOTESIS:

LA TECNICA DE PEREYRA ES SEGURA Y DE GRAN-EXITO PARA LA CORRECCION DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO DE ORDEN ANATOMICO.

OBJETIVOS :

- 1.- DEMOSTRAR LA FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO DE ORDEN ANATOMICA- EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL DE CONCENTRA CION NACIONAL SUR DE PETROLEOS MEXICANOS.

- 2.- DEMOSTRAR QUE LA TECNICA DE VENTROSUSPEN SION DE PEREYRA ES EPECTIVA, SEGURA Y - DE EXITO PARA LA CORRECCION DE LA INCON- TINENCIA URINARIA DE ESFUERZO PRIMARIA Y RECIDIVANTE .

- 3.- COMPARAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA TECNICA DE VENTROSUSPENSION EN UN ESTU - DIO PROSPECTIVO, CON LOS RESULTADOS REPOR TADOS EN LA LITERATURA CON LA TECNICA DE KELLY - KENNEDY .

**INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
DE ORDEN ANATOMICO.**

MARCO TEORICO.

DEFINICION :

Se define como la pérdida involuntaria de orina a través de una uretra intacta, como resultado del incremento de la presión intraabdominal(21,30), como: El toser, estornudar y hasta los mismos cambios de posición del cuerpo.

FRECUENCIA E INCIDENCIA :

Se ha encontrado más frecuentemente en mujeres que han tenido partos, encontrándose en un 50% en mujeres nulíparas siendo ésta de menor grado. El 95% de los casos de incontinencia se encuentra en multíparas.

Hay obviamente una relación entre el trauma obstétrico y la falta de control urinario (25). Esto es probablemente el resultado de la pérdida del soporte uretrovesical, cuando la cabeza fetal llega hasta el periné en el momento de la expulsión.

Con la operación Cesárea la incidencia de la incontinencia, no es significativamente mayor a la observada en las nulíparas(12).

FISIOLOGIA DE LA MICCION :

Para comprender correctamente los factores asociados con la incontinencia urinaria, es necesario comprender el mecanismo fisiológico normal de la micción en la mujer.

Estudios cinefluoroscópicos recién realizados por Müller, Tanagho y otros investigadores, demostraron que el acto de la micción normal se inicia por influencia de presiones intrínsecas y extrínsecas sobre la vejiga y uretra (73).

Específicamente, el proceso se inicia con la relajación voluntaria de los músculos estriados del diafragma urogenital y puborectal, que permiten la rotación posterior de la base vesical y la unión uretrovesical. Al aumentar la presión intraabdominal con la fijación voluntaria del diafragma torácico y la contracción intensa de los músculos abdominales, la base de la vejiga se corre hacia atrás, estimulando las fibras sensoriales del Sistema Nervioso Autónomo. (34).

EL ACTO DE LA MICCIÓN:

Se produce por el estímulo reflejo del trígono de la vejiga, por medio de las fibras parasimpáticas de los plexos nerviosos sacros. (34)

Con la contracción involuntaria de la musculatura de la base vesical y la relajación voluntaria de los músculos del diafragma pelviano y urogenital; existe un aumento de la presión intravesical por encima de la presión intrauretral, lo que permite a la vejiga vaciarse rápida y completamente (30).

Con el fin de mantener la continencia urinaria, debe haber un adecuado gradiente de presión, entre la uretra y la vejiga así como, una normal función del músculo detrusor (18). La uretra normalmente permanece cerrada a causa del tono propio del músculo liso de su pared; en su posición intraabdominal normal, la uretra posterior está sujeta a cambios de presión, lo cual ayuda a mantener la competencia de la misma.

Una gradual pérdida del tono de éstos músculos pélvicos lleva a una insidiosa disminución de la presión intrauretral y de éste modo, a la involuntaria e intermitente pérdida de orina, que se producirá, por súbitos cambios de presión intraabdominal, como el toser, reír o al ponerse de pie (43).

Estos cambios se asocian, generalmente con la hernia de la uretra posterior y de la base vesical a través del diafragma urogenital. Como resultado de este cambio anatómico, la uretra posterior pierde su sostén muscular parauretral y el soporte producido por la presión intraabdominal, la cuál es transmitida equitativamente a la vejiga y a la uretra posterior.

Cuándo la uretra posterior se convierte en un órgano extrapélvico y se encierra en el cistourethrocele herniado, ha perdido mucho del tono del músculo liso que constituye su pared, siendo sostenida ahora por un debilitado diafragma pélvico. Estos dos hechos, crean una pérdida gradual de presión intrauretral, que trae como consecuencia la incontinencia. Esencialmente, con el desplazamiento hacia abajo del cuello de la vejiga y de la uretra posterior, el súbito aumento de la presión intraabdominal, puede ser transmitido directamente al cuello de la vejiga y la uretra posterior ocasionando el escape involuntario de orina (30).

ESTUDIOS DE PRESION URETRAL:

Numerosos estudios han documentado el hecho de que la porción funcional de la uretra son los 2 a 2.5 cm. posteriores, donde los registros de presión intrauretral han localizado el sitio de máxima presión.(14). La presión media en reposo de la uretra varía de 40 a 60 cm. de agua, como se demostró con las técnicas con sonda de luz simple, doble ó triple(4). Con la medición simultánea de la presión en vejiga y uretra, es posible demostrar, que la presión uretral excede de la presión vesical en todo momento, incluyendo durante momentos de tos y el esfuerzo. Cuándo la presión uretral cae por debajo de las presiones creadas en la vejiga al toser ó al esfuerzo, se produce la incontinencia uretral(4).

FISIOPATOLOGIA :

El hecho fisiopatológico más importante a la fecha, - es el referente a la relación de las presiones intravesical ó intrauretral. Los estudios de Hodkinson(32) Enhorning(19), y más recientemente Beck y Maugham(4,-14,18), refirieron que en las personas continentas con relaciones anatómicas uretrovesicales normales, la presión intrauretral en su 2/3 partes proximales es mayor ó igual a la intravesical, tanto en reposo como - en esfuerzo.

En cambio en la incontinencia, la presión intrauretral es menor que la intravesical durante el esfuerzo, lo - que ocasiona la pérdida involuntaria de orina.(32). La explicación lógica es que, en las pacientes normales los dos tercios proximales de la uretra son intraabdominales, por lo que un aumento de presión repentina e involuntaria es transmitida a ella de tal como lo es, al interior de la vejiga, conservandose mayor la - presión intrauretral(32).

En la incontinencia urinaria de esfuerzo según se refirió, los dos tercios proximales y el cuello vesical han descendido, haciendo que la uretra quede extraabdominal, sin participar por lo tanto del aumento de la - presión intraabdominal, que sí transmite a la vejiga, - haciendo que sea superior a la intrauretral(26).

Por otra parte, al perderse el ángulo uretrovesical - posterior, ocasiona que el aumento de presión intravesical no se transmite igual en todas direcciones, - sino que precisamente sea mayor en la uretra y el cuello vesical, lo que explica por sí solo , la pérdida de orina(26,37,50, 45, 48).

ETIOLOGIA :

Dentro de las causas de la incontinencia urinaria --- de esfuerzo se mencionan :

a).- Un inadecuado soporte de la base vesical, cuello de la vejiga y de la uretra proximal(25,33,43).

Muchos estudios han demostrado que no hay una correlación directa entre la longitud de la uretra(4 a 5 cm. lo normal) y la incontinencia urinaria de esfuerzo.

La experiencia ha demostrado que realmente una verdadera brevedad uretral(menos de 2 cm.) como resultado de malformaciones congénitas, trauma obstétrico ó cirugía pueden ser factores significativos de la incontinencia. Un tejido cicatrizal periuretral, que interfiere en la adecuada transmisión de la presión centrípeta, puede ser otro factor contribuyente a la incontinencia, por una uretra con cicatrices, fija y atónica (78).

b).- La relajación de las paredes vaginales, no es --- causa de incontinencia. Solamente el 15% al 20% de --- los cistocèles, se acompañan de incontinencia, muchos otros casos son coincidencia(77).

c).- Green(25) refiere, que la evidencia está predo --- minentemente en el ángulo uretrovesical posterior y --- en la dirección uretral, los cuales son factores esen --- ciales en la etiología de la incontinencia, que son --- susceptibles a corrección . Cuando éstos están altera --- dos, hay una desfavorable alteración de la presión --- en la fase de elevación súbita de la presión intraab --- dominal. Esto resulta de un inadecuado soporte de la --- base vesical y de la uretra proximal. (25).

DIAGNOSTICO :

No hay duda que los Ginecólogos no han encontrado la -
respuesta final, concierne al diagnóstico y trata-
miento de la incontinencia urinaria en la mujer.

El Diagnóstico y Tratamiento han sufrido avances en -
las últimas décadas y mucho más información se ha acu-
mulado en la Literatura , acerca de éste padecimiento.

Los más importantes avances en el tratamiento de la -
incontinencia han tenido énfasis sobre la determina-
ción de la causa. Muchas y quizás, más fallas en la te-
rapia, han sido sin duda, debido a un deficiente --
diagnóstico. Se debe recordar que puede haber facto-
res mixtos, como causa de la incontinencia de esfuer-
zo como la: Disinercia del detrusor, urgencia urina-
ria, etc.

Una adecuada evaluación diagnóstica incluye lo siguien-
te :

1).- HISTORIA CLINICA .

Especialmente debe incluir antecedentes de in -
fección urinaria, síntomas de disinercia y una des -
cripción detallada de las características, sobre la -
cual se presenta la pérdida de orina. El pasado de -
complicaciones urológicas debe ser detallado, enfer -
medades renales (cálculos, trauma), trastornos endó-
crinos y metabólicos y otros trastornos sistémicos .

El estado emocional del paciente, debe determinar -
se, ésto puede jugar un papel importante en el cuadro.

Finalmente una historia respecto a enfermedades -
neurológicas debe ser parte integral, para un adecua-
do estudio clínico.

2.- EXAMEN FISICO :

Incluye un exámen general, con particular énfasis en el área urológica. Ginecologicamente determinar la presencia de tumores, cistourethrocele y explorar los-músculos pubococcigeos .

El paciente debe ser explorado, en decúbito dorsal y en posiciones que aumenten la presión intraabdominal para determinar alteraciones pelvianas(prolapso uterino, cistocele y urethrocele) . La vejiga no se vaciará antes de la exploración física, para corroborar la incontinencia al esfuerzo.

Debe realizarse exámen neurológico, explorando y -evaluando también el tono rectal y la sensibilidad perineal.

Se realizan varias pruebas clínicas y dinámicas -- como :

PRUEBA DE BONNEY :Es una prueba dinámica, para evaluar la tonicidad de los músculos pubo - coccigeos. Realizandose con la vejiga llena, introduciendose dos dedos lateralmente a la uretra, levantando la pared vaginal anterior. Solicitando a la paciente el esfuerzo ó pujo con la maniobra . Calificandose de positiva(+) si no se observa pérdida de orina al esfuerzo al realizar la maniobra. Y negativa(-) si continua la pérdida .

De igual modo, se evalua la tonicidad muscular del periné.(63)

CISTOMETRIA 1.-

Este es uno de los estudios importantes antes de la operación. Puede realizarse con métodos sofisticados y costosos, a base de bióxido de carbono ó por cistometría electrónica (73). O bien, realizarse clínicamente, por infusión de solución salina por vía uretral, mediante la utilización de un cateter ó sonda, determinándose así, la presión intravesical en centímetros de agua, recabándose información subjetiva del paciente como :

- 1.- inicio del deseo de orinar. Registrando se, la cantidad de solución en que se produce.
- 2.- Dolor
- 3.- sensación imperativa de vaciamiento.
- 4.- medición de capacidad vesical, registrada en centímetros de solución.

Normalmente la vejiga tiene la capacidad de 400 a 600 ml. de solución, con mínimos efectos, con registro de presión intravesical de 5 a 10 cm. de agua. Con 400-ml. ó más, hay dolor y sensación de vaciar la vejiga. Con mediciones técnicas la presión intravesical asciende a 60 a 70 cm. de agua; pero en situaciones de esfuerzo, puede ascender hasta 120- 140 cm. de agua.

En caso de incontinencia urinaria, se tienen niveles menores, con una presión intrauretral de 30 a 40 cm. de agua ó menos.(37).

Pequeñas contracciones vesicales son definidas: como inconformidad y sensación de la micción, que ocurre con menos de 150 ml. de agua ó solución en vejiga. La presión básicamente en reposo es de 10 a 20 cm. de agua y con un incremento de 30-40 cm., la presión hace imperativo el vaciamiento vesical. Esto ocurre usualmente con 150 ml. de distensión e indica disfunción neurogénica ó enfermedad intrínseca de la vejiga (37).

Si una gran distensión vesical es aceptada(aproximadamente 800 a 1000ml.) con mínimos síntomas de incomformidad, la presión base es baja (1 a 2 cm. de agua), y se incrementa gradualmente hasta 8 a 10 — cuando el volumen vesical aumenta. Una presión de vaciamiento de 15 cm. de agua, sobre la presión base referida, puede causar el vaciamiento completo. Esta condición se ha visto en una Disfunción de atonía neurogénica .(37).

PRUEBAS DE LABORATORIO :

Debe incluir :

- a).- biometría hemática completa
- b).- Química sanguínea completa
- c).- exámen general de orina
- d).- cultivo de secreciones genitales
- e).- urocultivo.

URETROCISTOGRAMA :

El uso de los cambios cistográficos ha causado controversia. Kitmiller(41) compara cistogramas en mujeres continentales e incontinentes, encontrándose amplias variaciones en los ángulos uretrovesical anterior y posterior, con una sobreposición entre el grupo continente del incontinente; concluyendo que los cambios cistográficos demuestran solamente una relación anatómica estática y es un método pobre para evaluar los problemas funcionales .(41).

Greewald (26) mantiene que no hay alguna relación entre la presencia de la incontinencia de esfuerzo y los cambios del uretrocistograma.

La conclusión que debemos nombrar es; que un uretrocistograma anormal , no es necesariamente indicativo de incontinencia de acuerdo a éstos autores. Aunque todavía excelentes investigadores como: Green(25) -- Hodkinson(32), Ullery(80), Sehomborg(76), Low(46) y Jeffcoate(35) están todos de acuerdo de que los cambios cistográficos , son una parte importante e integral, dentro de la evaluación completa de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Hodkinson(32) encuentra discrepancias en algunos pacientes, al decir que hay un considerable error subjetivo en la interpretación de las placas radiográficas. Green es el más preciso en esta evaluación(21,30) La técnica popular actual es la descrita por este autor, dividiendola en : incontinencia tipo I e incontinencia tipo II, basada en la relación de los ángulos uretrovesicales y su disposición anatómica.- (Fig. No. 1).

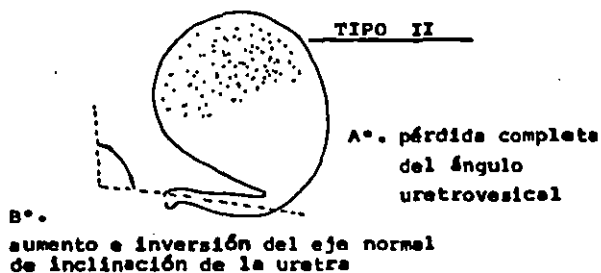
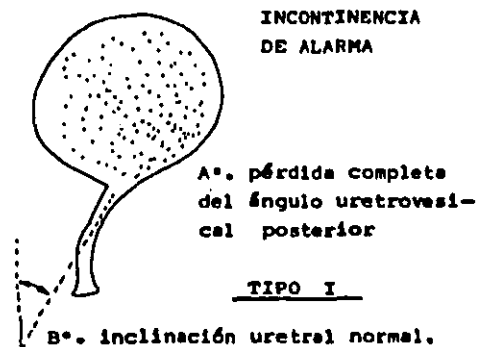
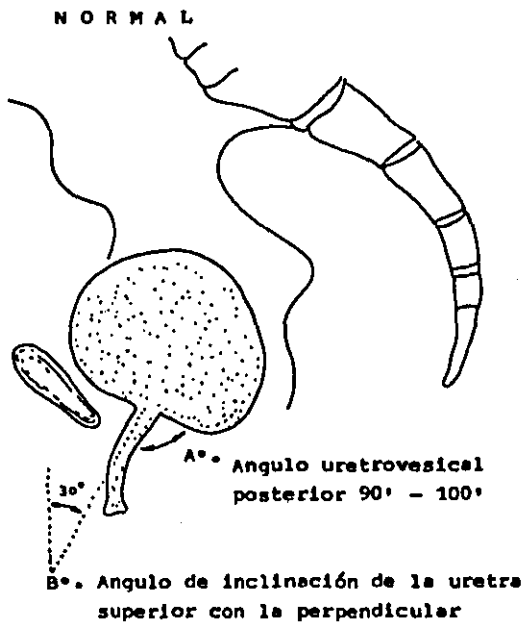


Fig. No. 1

Define como normal: un ángulo uretrovesical posterior de 90 - 100 grados, con un mínimo de 1/3 de base vesical formando parte del ángulo. (21,30).

TIPO I : son aquellos donde hay pérdida del ángulo uretrovesical posterior parcial ó completamente, con un ángulo de inclinación uretral anterior de 20 grados - no mostrando más de 45 grados con una vista lateral.

TIPO II: se define como la completa pérdida del ángulo uretrovesical posterior (150 a 180 grados) y el ángulo anterior mayor de 45 grados sobre la vista lateral. (Fig. No. 1.) (76)

EXAMEN NEUROLOGICO :

Obviamente un completo exámen neurológico es necesario para descubrir una vejiga neurogénica.

Dolor lumbar, radicular, pérdida del esfinter rectal, disminución de la sensibilidad perineal ó del área abductora de los muslos, son signos de sospecha de enfermedad neurogénica.

Una hipertrofia vesical neurogénica es rara en ginecología. (49)

Si la hipotonía vesical es encontrada, puede ser debida a una infección local, con cambios en la pared vesical. Por lo tanto un exámen neurológico, cistometría y uretrocistograma, siempre están indicados (76).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL :

DISINERCI A DEL DETRUSOR :

La definición de disinerxia vesical es : como una --- onde disinérxica de contracciones musculares del detrusor, que ocurren en un tiempo variable(29,34,73). Es una condición difícil de reconocer clínicamente. Existen ciertas guías que ponen alerta a los investigadores :

- a).- Son verdaderos episodios de vaciamiento que producen salida de orina a chorro, producido por un esfuerzo. En muchos casos el mecanismo disparador es el volumen crítico de la vejiga. Una importante diferencia de ésta situación, es la que mientras el chorro de la incontinencia de esfuerzo cesa cuando termina el esfuerzo; en la disinerxia del detrusor la orina continua -- fluyendo de 10 a 20 segundos después del mismo .
- b).- Al correr se presenta la salida involuntaria de orina, que sugiere inestabilidad del detrusor .
- c).- Con la disinerxia del detrusor no hay sensación de urgencia, el paciente no tiene advertencia del caso.

El diagnóstico es hecho predominantemente en la historia clínica, así como por la uretrocistometría. Las contracciones disinérxicas del detrusor demuestran un aumento y disminución de la presión intravesical basal con erráticas espigas en intervalos irregulares(73).

Es un trastorno poco frecuente, afección que es prácticamente privativa de las mujeres y es principalmente origen motor, al faltar la supresión completa del estímulo motor parasimpático , en la base de la vejiga.

Mientras el músculo liso normal de la vejiga y uretra tienen una actividad peristáltica activa, la contractilidad autónoma de estas formaciones musculares está involuntariamente suprimida durante la primera infancia, hasta que el niño aprende a contraer el esfínter, con el fin de lograr el control voluntario.

Este tipo de disfunción se puede identificar claramente por las contracciones espontáneas del detrusor en respuesta a un creciente volumen de líquido en la vejiga y por el aumento del tono vesical.

En muchos casos la afección es consecuencia de la falta de desarrollo del Sistema Nervioso Autónomo, que suprime el reflejo neural parasimpático y puede encontrarse más comúnmente en pacientes con afección neurológica, como ejemplo: la esclerosis múltiple, la espina bífida y otras enfermedades desmielinizantes.

En forma similar, la vejiga atónica puede resultar de daño neurológico en las fibras nerviosas eferentes que se adosan principalmente a los nervios del Simpático, junto a la médula espinal. Las lesiones comunes de la médula incluyen: tumores, traumatismos, tabes dorsal, diabetes mellitus con neuritis periférica, pueden deteriorar las funciones sensoriales en la vejiga, lo que aumentará la capacidad de la misma más allá de lo normal y originará incontinencia por rebosamiento y un vaciamiento incompleto. (29).

El tratamiento primario es médico; utilizando drogas parasimpáticas como probantina.

En general es conocido que la cirugía no está indicada en la disinercia, ya que éstas están encaminadas a aumentar la competencia uretral, sin corrección de las alteraciones neurológicas. (29,34,73).

URGENCIA URINARIA

La urgencia urinaria enmascara la Incontinencia de esfuerzo. El diagnóstico diferencial no es difícil si los cuidados en la historia clínica son realizados.

Por definición la urgencia urinaria se caracteriza por un súbito e irresistible deseo de vaciar la vejiga, con una fase descontrolada, algunas veces antes de poder ir al baño. La inconformidad es tan grande, que vacie por esfuerzos intencionales, aumentados por la misma presión intraabdominal (36).

La etiología de ésta afección puede ser por un componente psicossomático ó enfermedad orgánica(67). - Esta puede incluir enfermedades locales, vesicales, infecciosas, cálculos, cuerpos extraños, tumores, irradiación, inestabilidad, hemorragia vesical, enfermedad de Münners, cistocele y uretrotriginitis.(36).

Obviamente la cistoscopia, uretrocistoscopia, cistometría, cultivos bacteriológicos, pielogramas intravenosos, análisis de orina y otros, son necesarios para erradicar patología orgánica. En la mayoría de los casos, sin embargo, no hay cambios patológicos significativos(80%). (67).

La urgencia en la mayoría, tiene un fuerte componente psicológico y el estímulo primario es más Central que Local(23).

La terapia básica para la urgencia es Médica: aplicandose un régimen disciplinario con vaciamiento vesical más frecuente; la sedación(diazepam, fenobarbital)(73) a dosis farmacológicas. Las drogas anticolinérgicas son de extremado valor(probantine, dicyclomina).(73).

Es útil el miccionar con un horario; primero una vez c/hr. durante una semana y después gradualmente se incrementa hasta c/ 3 a 4 hrs. en la sexta semana.

Si la paciente es post-menopausica, los estrógenos locales, con frecuencia causan remisión de los síntomas .(67).

Si se encuentra patología anexa, el tratamiento obvio, es intentar eliminar la causa & desequilibrio. Si se combina la urgencia con la incontinencia urinaria de esfuerzo y son desatendidos medicamente, frecuentemente llevan a fallos en la operación (20 a 30%) (23).

Finalmente hay algunos pacientes quienes definitivamente necesitan Psicoterapia, para alcanzar & aliviar sus problemas .

Sobre las bases de los resultados reportados en la Literatura, el 80% de los pacientes pueden ser beneficiados con los métodos antes mencionados .(67).

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO :

a).- MEDICO :

Hace tiempo que el tratamiento médico es usado -- y no es útil en casos severos de la incontinencia de esfuerzo.

El uso de pesarios para elevar el cuello vesical-- fué utilizado en mujeres de edad avanzada y con alto riesgo operatorio (67). En éste mismo grupo de edad,-- uno puede sorprenderse de ver una excelente respuesta a los estrógenos(aplicada en forma de crema vaginal) ya que aumenta el suministro de sangre a la uretra y vejiga(63) . Algunos trabajos demuestran aumento del tono y la resistencia uretral (80).

La dilatación uretral con sonda ó dilatadores del- 30 al 32 es útil .(67).

El uso de ejercicios vesicales, utilizando el método de Kegel(58) es frecuentemente de valor; con tracciones del músculo elevador del ano 20 veces tres veces al día por 4 semanas es eficaz .

b).- QUIRURGICO :

DESARROLLO HISTORICO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.

Desde 1907 se conoce del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo, cuando Giordano -- utilizó una porción del músculo recto interno del mulo para rodear la uretra.

En 1913 Howard A. Kelly (57), propuso la plicatura -- suburetral con éxito . 1914 Kelly y Dumm(57), presentaron 20 casos con esa técnica, con resultado satisfactorio en 16 .

En 1914 Fraenkenheim utilizó el músculo piramidal unido a una tira de fascia, de la vaina del recte anterior, para circundar la uretra masculina. El tejido era llevado retropublicamente alrededor de la uretra y suturada a sí misma. La operación se efectuó para tratar la incontinencia urinaria recidivante, con resultado satisfactorio.(71).

En 1917 Stoeckel, combinó el empleo del músculo piramidal y la lonja de la fascia con una plicatura en la región del esfínter. Primeramente disecaba una tira de fascia de la línea media con los músculos piramidales unidos a ella. La porción distal de la tira se seccionaba y era llevada hacia abajo, por detrás del pubis a la región uretral. Con los extremos seccionados, se circundaba la uretra y aquellos se suturaban entre sí debajo de la misma. Stoeckel describió dos casos tratados con éxito.(71).

En 1920 Goebell describió una operación, en que libera con disección los músculos piramidales, los pasa por detrás de la sínfisis púbica y rodeaba la uretra cerca de la unión con la vejiga.

En 1932 Norman Miller, modificó la técnica operatoria de Goebell- Fraenkenheim - Stoeckel, llevando los músculos piramidales con fascia adherida, hasta debajo de la uretra, pasando por delante de la sínfisis púbica. (Fig. 2). En realidad el propósito de ésta modificación, era evitar la posibilidad de una hemorragia retropública sobre todo a partir del seno venoso para uretral, frecuentemente encontrado a la altura del cuello de la vejiga (71).

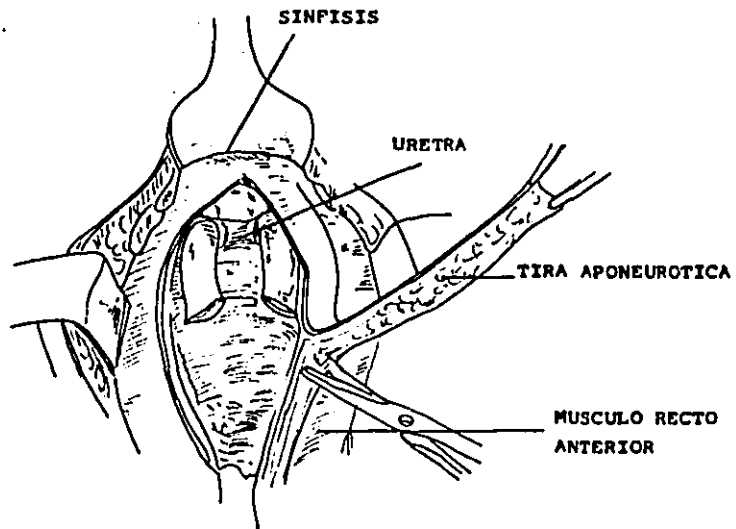


Fig. No. 2

En 1933 Prince , informó su éxito utilizando una cinta de fascia lata, llevandosele alrededor de la uretra retropubicamente y luego unía sus extremos a los músculos rectos del abdomen (Fig.3 y 4). El principio de ésta técnica, se ha venido utilizando con varias modificaciones .(71).

En 1942 Aldridge ideó una combinación de algunos detalles de la operación de Goebell y Frangenheim -Stoockel y Prince. La operación dependía de la elasticidad de los músculos rectos, así como, de una adecuada tracción sobre la uretra (71)(Fig. No. 4)

En 1949, Marshall - Marchetti - Krantz, realizaron una operación completamente diferente y nueva, que habían efectuado en 50 pacientes . 38 con incontinencia urinaria de esfuerzo, donde 25 de ellas habían sido sometidas a un total de 40 operaciones .(71)(62,64,69).

El procedimiento consistía en la elevación quirúrgica y fijación del cuello vesical y de la uretra, mediante la sutura al perioostio púbico y a los músculos rectos por vía suprapúbica.(Fig. No. 5). Reportandose un 83% de éxito . Posteriormente, refinamientos en la técnica y con un estudio pre- operatorio adecuado permitieron mayoría de ésta cifra (69).

Las contribuciones recientes son las operaciones de - Green, Ball(2), Burch(71) y ArmandPereyra(61) .

En términos generales, los materiales obtenidos de la propia paciente, tales como la fascia lata, han probado ser seguros, suscitando un mínimo rechazo y reacción tisular. El empleo de tejido orgánico como; Polliester Dacrón, y mersilene no han resultado favorables.

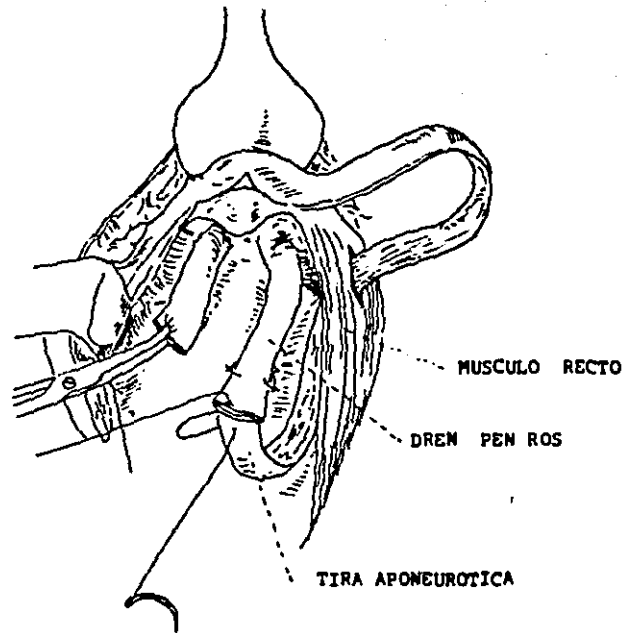


Fig. No. 3

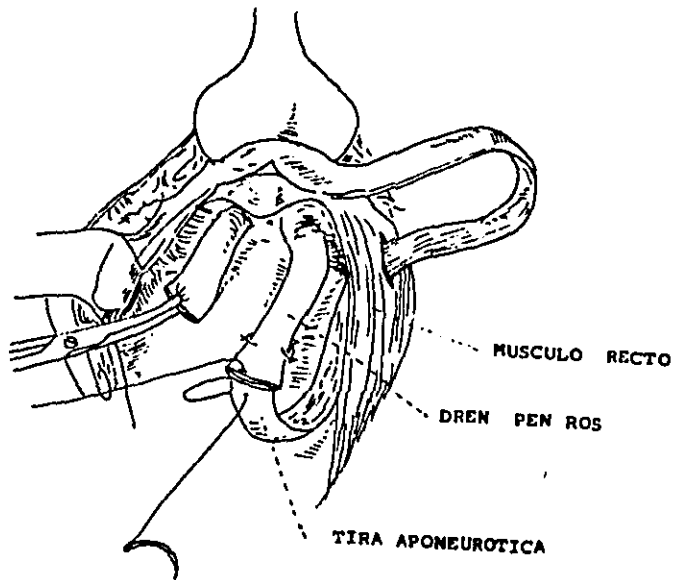


Fig. No. 3

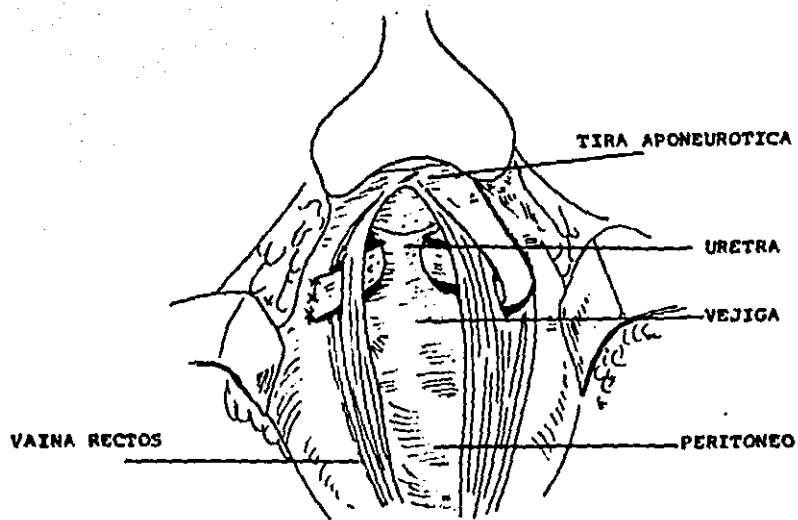
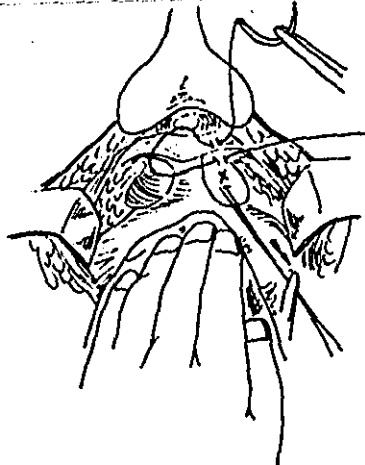


Fig. No. 4.



TECNICA: MARSHALL-MARCHETTI
KRANTZ.

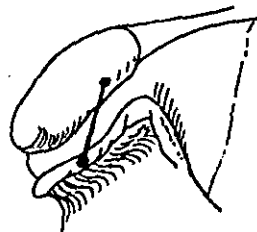
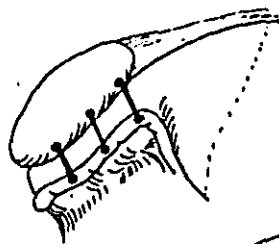


Fig. No. 5.

El uso de fibras sintéticas de Poliester, dacrón y -mersilene, pareció constituir la respuesta final a - causa del aprovisionamiento voluntario del material- y de la facilidad de su uso. Sin embargo, contraria- mente a los éxitos comunicados con su empleo en otras partes del cuerpo, éstos productos han demostrado -- no ser útiles.(20, 56).

En término general, la operación de Kelly es la más- utilizada pero; aún realizada en las mejores manos - no logre su objetivo y deja como consecuencia un teji- do cicatrizal que imposibilita el esfinter a contrar- se con eficacia. Es aquí, en donde, ante la presencia de incontinencia recidivante la cirugía de Ventrosus- pensión de Armand Pereyra descrita en 1959 ha tenido- éxito, solucionando el 86% al 96% de los casos.(65,66)

Cada cirujano elegirá el tipo de operación en la cual sea más diestro y que le procurará más éxito. No obs- tante , el operador no debe limitar la elección del - procedimiento de manera rígida, ni tratar de encuadrar todos los casos en un tipo particular de intervención con exclusión de los demás.

La técnica operatoria en estudio es la de PEREYRA , - describiéndose a continuación :-

TECNICA DE PEREYRA :

- 1.- Paciente en posición de litotomía, preparada la - zona perineal, como si se realizase una colpoplas- tía anterior
- 2.- Se separan los labios mayores con seda
- 3.- se realiza incisión longitudinal, desde un cm. por debajo del meato hasta un cm. cerca de la unión va- gino- cervical, disecándose la pared y la fascia de Helbam con bisturí y completada digitalmente con - gese .

- 4.- Se dirige el dedo índice a nivel parauretral a-- proximadamente a 3 cm. , abriéndose los ligamen- tos pubouretrales en forma bilateral (Fig. 7).
- 5.- Una vez abierta la fascia de los ligamentos, se- eñlea su borde supero - anterior , con sutura de Dexon No. 0(ac. poliglicólico), realizándose la maniobre en forma bilateral .
- 6.- Se realiza incisión suprapúbica transversa de 3- cm., con disección del tejido celular subcutaneo- hasta la fascia de los músculos rectos anteriores.
- 7.- Se coloca sonda de foley, calibre 16 globo 5 cc.
- 8.- Se introduce la cánula de pereyra(Fig. No.6) por- vía abdominal, queda retropubicamente por el de- do índice, introducido éste por vía vaginal, has- ta extraer la cánula por la vagina (Fig.8 y 9).
- 9.- Se montan los hilos de sutura, previamente referi- dos, a la aguja de Pereyra, extrayéndose por vía- abdominal, retirándose la cánula posteriormente - por abdomen (Fig. No. 10). (11)
- 10.- Se corrobora el levantamiento vesicouratral y las características de la orina.
- 11.- Se cierra la pared vaginal anterior con puntos se- parados, previo corte de vagina redundante, utili- zándose catgut crómico del No. 00.
- 12.- Se anudan los hilos de sutura de Dexon en abdomen a nivel de la fascia de los rectos anteriores .
- 13.- Se cierra la pared abdominal en forma habitual.
- 14.- se corrobora salida de orina por sonda de foley.
- 15.- tiempo estimado de cirugía . 15 a 20 minutos.(66).

CANULA DE PEREYRA :

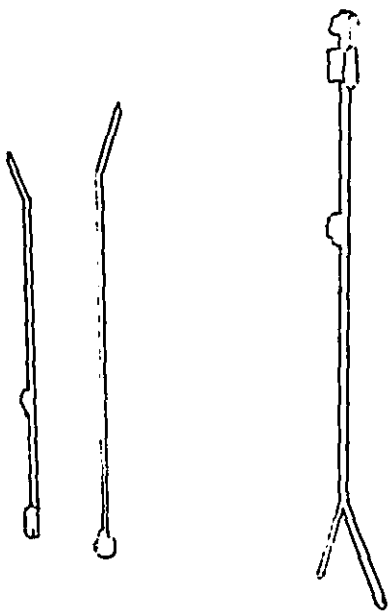


Fig. No. 6.

TECNICA : PEREYRA *

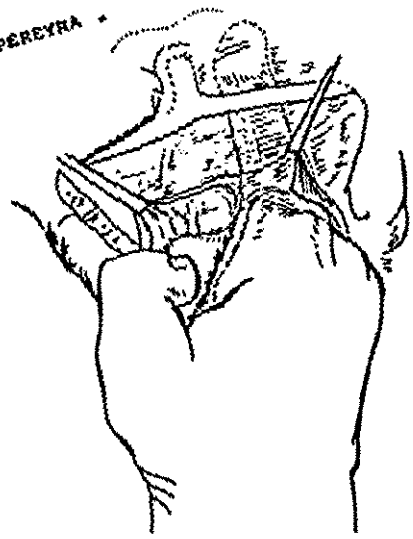


FIG. NO. 7.

TECNICA : PEREYRA

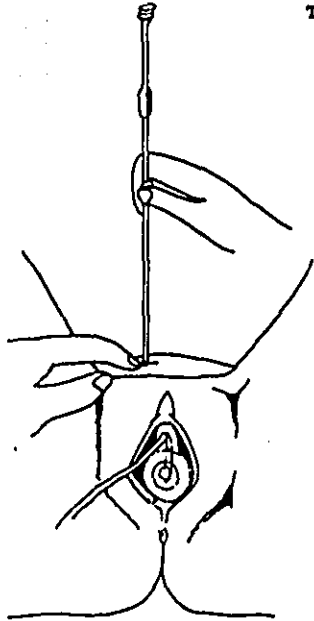


Fig. No. 8

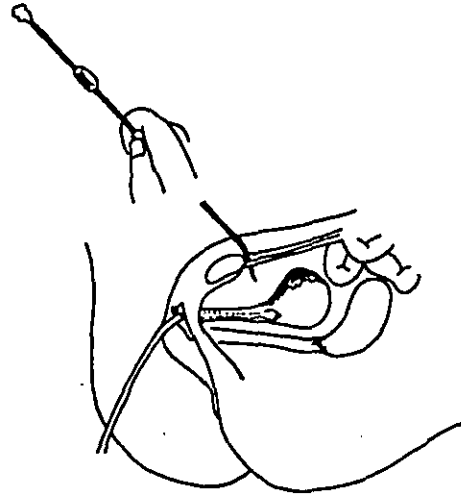


Fig. No. 9.

TECNICA : PEREYRA

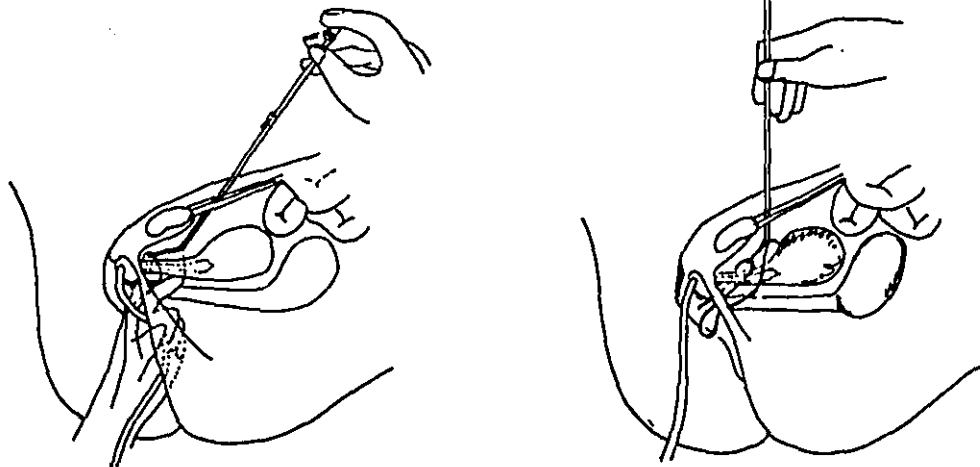


Fig. No. 10.

TECNICA : PEREYRA .

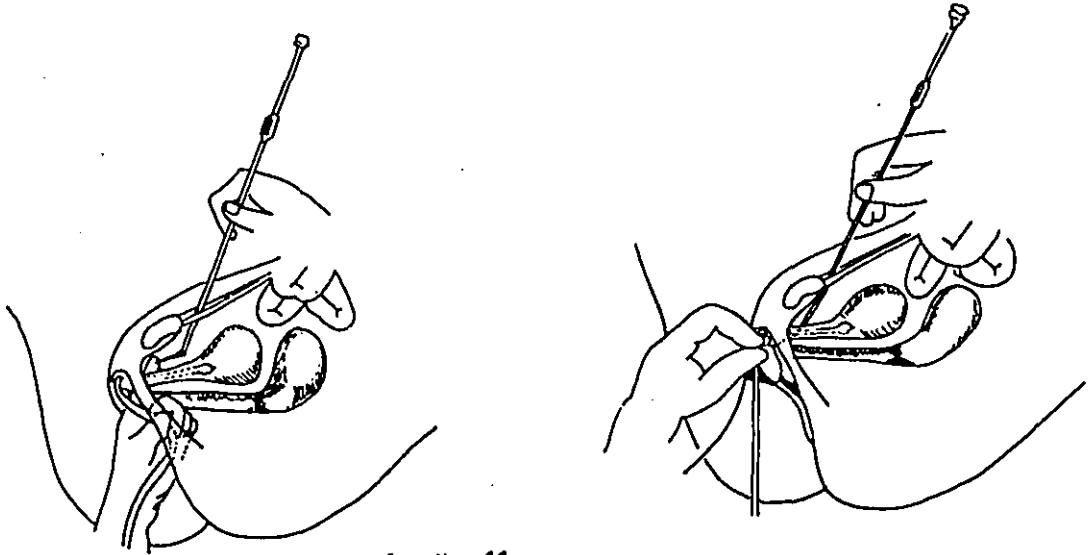


Fig. No. 11.

METODO DE ESTUDIO :

Se realizó en el Hospital de Concentración Nacional -- Sur de Petroleos Mexicanos, un estudio Prospectivo, -- Longitudinal y Analítico sobre la INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO DE ORDEN ANATOMICO Y SU TRATAMIENTO -- QUIRURGICO con la técnica de Pereyra.

Llevada a cabo del 1o de marzo de 1985 al 31 de diciembre de 1986.

El interes del estudio, es la alta frecuencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en la consulta externa -- del Servicio de Ginecología y Obstetricia de éste Hospital.

El conocimiento de la fisiología de la micción, las relaciones anatómicas uretrovesicales, perineales y pelvigenitales, así como, la fisiopatología referida previamente, son la base para efectuar el siguiente estudio.

La RUTINA de estudio a que se somete a las enfermas -- que acusan de incontinencia urinaria de esfuerzo de orden anatómico, consiste en :

1.- HISTORIA CLINICA :

Con atención a los antecedentes Gineco-Obstetricos, padecimientos urológicos, puntualizando si se ha -- presentado la pérdida involuntaria y repentina de orina durante el esfuerzo, infecciones, complicaciones endocrinológicas, metabólicas y mentales.

2.- EXAMEN FISICO :

Evaluandose las alteraciones de la estática pélvica y tonicidad de los músculos perineales, en especial de los haces pubococígeos .

Durante la exploración , se investiga la pérdida de orina por el esfuerzo, en posición ginecológica y/o erecta . Realizandose pruebas dinámicas de :

- a) PRUEBA DE BONNEY
- b) CISTOMETRIA CLINICA, utilizandose solución - fisiológica, determinandose la capacidad vesical y registrandose la sintomatología y - deseo de vaciamiento.
- c) Uretrometría clínica
- d) Exploración Neurológica perineal Clínica .

3.- EXAMENES BASICOS :

Biometría hemática completa,

Química sanguínea completa .

Exámen general de orina.

Cultivo de secreciones vaginales .

Urocultivo . Si los cultivos resultaran positivos, se indica tratamiento específico antes de la operación, realizandose cultivos de control, hasta que éstos sean negativos .

4.- URETROCISTOGRAMA :

Siguiendo el método de Hodgkinson(29,30), realiza do basicamente, con la introducción de una subs. radio paca 80xx ml. de Cistokon (sol. acetato de sodio) al 30% por vía uretral, por medio de una sonda. Toman dose placas radiográficas laterales y oblicuas, en posición erecta así como, en forma dinámica .(30)

Green (25), apoyado en la experiencia de Bayley(27) propone la Clasificación del Uretrocistograma en :

TIPO I: Pérdida del ángulo Uretrovesical posterior - con conservación del eje uretral.

TIPO II: Pérdida de ambos ángulos uretrales .

Se realizaron estudios previos a la cirugía y a - los tres meses después del procedimiento . .

MATERIAL :

Se estudiaron 80 pacientes que acusaban de incontinencia urinaria de esfuerzo, en edades que limitan de -- 25 a 61 años, con promedio de edad de 40 .

Dividiendose para su estudio en tres grupos :

GRUPO I : PACIENTES CON I.U.E. MAS TRASTORNOS DE ESTATICA PELVICA, SIENDO OPERADAS CON LA TECNICA DE VENTROSUSPENSION DE PEREYRA , DE PRIMERA ELECCION .

GRUPO II : PACIENTES CON I.U.E. MAS TRASTORNOS DE ESTATICA PELVICA, SIENDO OPERADAS CON LA TECNICA DE KELLY - KENNEDY.
CONSTITUYE ESTE NUESTRO GRUPO CONTROL.

GRUPO III: PACIENTES CON I.U.E. RECIDIVANTE A CIRUGIA PREVIA VAGINAL, TRATADAS CON TECNICA DE VENTROSUSPENSION DE PEREYRA .

Distribuyendose de la siguiente manera :

30 casos	GRUPO I
30 casos	GRUPO II (CONTROL)
20 casos	GRUPO III

MATERIAL QUIRURGICO :

- 1.- CANULA DE PEREYRA (Fig. No. 6)
- 2.- SUTURA DE : DEXON NO. 0 (ac. poliglicólico)
catgut crómico No. 00 y 000
catgut crómico No. 1 y 0
- 3.- Anestesia :
Xilocaína 2%
Marcaína 0.5% y 0.75%.

METODO DE ESTUDIO Y SEGUIMIENTO :

Se utilizó material absorbible, tipo Dexon, por ser de mayor resistencia y de poca reacción y rechazo por el organismo. Utilizándose ésta en la técnica Pereyra .

En la técnica de Kelly, se utilizó la sutura habitual - que es catgut crómico del No. 1,0, 00 y 000.

Las pacientes fueron operadas al azar, utilizándose el método anestésico a base de bloqueo peridural, utilizando los medicamentos referidos .

El seguimiento de los pacientes se iniciaba en Hospitalización, la cuál duraba 4 días, aproximadamente, donde se realizaban también ejercicios vesicales en el 3º día del post- operatorio y se retiraba la sonda vesical en el 4º día .

Se utilizaron analgésicos urinarios y antisépticos - durante su estancia y que se prolongaba la dosis por - 10 días . Siendo a base de fenazopiridina ó nitrofurantoina.

Se valoraban las complicaciones inmediatas y mediatas - a la cirugía : infecciones , dolor en el sitio quirúrgico, sangrado, retención urinaria . Se realizaban revisiones cada 3 y 6 meses, con control radiográfico - a los 3 meses después de la cirugía .

RESULTADOS :

- a).-Solamente los pacientes observados por 6 meses ---- fueron reportados. Realizandose un corte transversal en el estudio para el reporte de los resultados, siendo éste estudio de Investigación programado para tres años de seguimiento .
- b). De un total de 80 pacientes que fueron operadas con - las dos técnicas en estudio : (tabla No. 1)
30 pacientes operadas con técnica de Pereyra
30 pacientes operadas con Plastia de Kelly - Kennedy
20 pacientes más operadas con técnica de Pereyra por incontinencia urinaria recidivante .
- c). Los límites de edad es de 20 a 61 años, con un promedio de 40 años. (tabla No.2,3,y4)
- d). La paridad varía de 1 a 7 partos, con un promedio de 3 partos, en los tres grupos de estudio .
- e). El total de los días de hospitalización limitó de 4- a 10 días, con un promedio de 5 días.

RELACION DE MORBILIDAD POST - OPERATORIO .

La Morbilidad específicamente relacionadas con el procedimiento de ventrosuspensión de Pereyra, fué el -- siguiente :

<u>COMPLICACIONES</u>	<u>GRUPO I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>
Celulitis	0	0	0
Seroma	0	0	0
Perforación Vesical	1	0	0
Hematoma retropubico	0	0	0
Retención urinaria	5	6	0
dolor suprapúbico	3	0	0
Fístula vesico-vaginal	0	0	0
infecciones	1	0	0

RESULTADOS :

DISTRIBUCION : TABLA No. 1

OPERACIONES REALIZADAS, PARA LA CORRECCION DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO .	
Plastia de PEREYRA.	30 casos
Plastia de KELLY-KENNEDY.	30
Pereyra en I.U.E. Recidivante .	20
TOTAL :	80

RESULTADOS :

OPERACION DE PEREYRA		
Distribución por EDAD :	CASOS	
20 - 30 años	3	10 %
31 - 40	8	26 %
41 - 50	10	33 %
51 - 60	8	26 %
61 - ++	1	3 %
TOTAL		30

Table No. 2

OPERACION DE PEREYRA		
Distribución por PARIDAD :	CASOS	
0 - I partos	0	0.0 %
II - III	18	60.0 %
IV - V	10	33.3 %
VI - ++	2	6.6 %
TOTAL :		30 100 %

Table No. 2 *

RESULTADOS :

OPERACION DE KELLY - KENNEDY				
Distribución por EDAD :			CASOS	
20	-	30 años	1	3.3 %
31	-	40	19	63.3 %
41	-	50	15	50.0 %
51	-	60	2	6.6 %
61	-	++	1	3.3 %
TOTAL :			30	100 %

Tabla No. 3

OPERACION DE KELLY - KENNEDY				
Distribución de acuerdo a PARIDAD :				
0	-	I partos	2	6.6 %
II	-	III	15	50.0 %
IV	-	V	19	63.3 %
VI	-	++	4	13.3 %
TOTAL			30	100 %

Tabla No. 3.

R E S U L T A D O S :

OPERACION DE PEREYRA		I.U.E.	RECIDIVANTE		
Distribución por EDAD :			CASOS		
20	-	30	años	0	0.0 %
31	-	40		4	20.0 %
41	-	50		11	55.0 %
51	-	60		5	25.0 %
61	-	++		0	0.0 %
T O T A L				20	100 %

Table No. 4

OPERACION DE PEREYRA		I.U.E.	RECIDIVANTE		
Distribución por PARIDAD :			CASOS		
0	-	I	partos	0	0.0 %
II	-	III		12	60.0 %
IV	-	V		3	15.0 %
VI	-	++		5	25.0 %
T O T A L				20	100 %

Table No. 4°.

La perforación vesical ocurrió en un caso, operado con la técnica de Pereyra, la cual fué corregida inmediatamente, siendo tratada con sonda de foley por 14 días más, sin -recurrencia de la incontinencia y no ocasionandose fístu la vesicovaginal . (tabla No. 7)

La retención urinaria ocurrió como complicación post - -operatoria más frecuente, con las dos técnicas, con un -promedio de 16% con la técnica de Pereyra (5 casos) y-20% con la técnica de Kelly - Kennedy (6 casos). Las -cuales fueron tratadas con nuevo sondeo vesical por 7 --días más y retiro de la misma, sin nuevas complicaciones.

En casos donde la orina residual era mayor de 100 ml. se instalaba la sonda nuevamente. En caso negativo, que la cantidad de orina residual fuera menor de 100 ml. se retiraba definitivamente, presentandose continencia urinaria normal . Esta maniobra se realizaba previo al retiro definitivo de la sonda de foley y en el post - operatorio mediato .

El resultado de la uretrocistometría pre- operatoria fue: que el 85% de los casos, presentaron longitud uretral --dentro de los límites normales (promedio de 3.0 a 4.0cm.)

Asimismo la cistometría clínica por infusión de solución salina intravesical, reportó datos en promedio de 250 ml- a 350 ml de capacidad, con referencia de dolor y deseo -de vaciamiento en forma imperativa. Esto ocurrió en el 87% de los casos, considerandose dentro de los límites -normales. (Tabla No. 6)

De la misma manera 7 casos que tuvieron capacidad vesical de 400 ml. ó más , no se diagnóstico stonía vesical y la cirugía programada corrigió el trastorno de la incontinencia .(Tabla . No. 6)

RESULTADOS:

URETROCISTOMETRIA				CASOS	
Longitud uretral					
2.5	a	3	cm.	9	11.2 %
3.0	a	3.5		56	70.0 %
3.6	a	4.0		12	15.0 %
4.0	a	4.5	++	3	3.7 %
TOTAL				80	100 %

Tabla No. 6

CISTOMETRIA CLINICA					
Vol. urinario .					
100	-	150	ml .	3	3.7 %
150	-	250		19	23.7 %
251	-	350		51	63.7 %
351	-	400	++	7	8.7 %
TOTAL :				80	100 %

Tabla No. 6 •

RESULTADOS :

<u>COMPLICACIONES QUIRURGICAS</u> :			
GRUPO :	I	II	III
Lesión vesical	1 (3.3%)	0	0
Retención urinaria	5 (16 %)	6(20%)	1(5%)
Dolor suprapúbico	3 (10 %)	0	0
Infección	0	0	0
Hemorragia	0	0	0

Tabla No. 7

El manejo post- operatorio de la sonda vesical incluía -- 2 días en forma permanente y el 3º, se iniciaban ejercicios vesicales, con pinzamiento de la sonda c/3hrs, con despinzamiento por 15 minutos. Al 4º día se retiraba la sonda sin complicación posterior .

Se presentaron dos casos de recurrencia post cirugía :

El primero de ellos se trataba de una paciente de 42 años - que se opero con la técnica de Kelly, diagnosticandose después de 4 meses, tumor cerebral que la llevó a la muerte, - con descontrol de esfínteres rectal y vesical.

El segundo caso, se presentó en una paciente de 39 años, - que se operó con plastia de Kelly, que se resolvió su problema al Dx. infección de vías urinarias por E . Coli, recibiendo tratamiento específico a base de antibióticos , - acidificantes urinarios y analgésicos, con resolución de - se continencia .

El 84 % de los casos de Pereyre; así como, el 80% de los de Kelly - Kennedy , no presentaron complicaciones . Ha -- ciendose un seguimiento de los casos por espacio de 3 a 6-- meses, no presentando hasta la fecha complicación .

Los exámenes radiográficos de control post- operatorio se - realizaron en el 82 % de los pacientes, realizándose a los- 3 meses del procedimiento quirúrgico. Presentandose normalidad y corrección de las alteraciones angulares, previa -- mente referidas .(tabla No. 5).

Lo que confirma el éxito de la cirugía, al normalizar los -- ángulos reportados previamente por el uretrocistograma -- pre- operatorio .

Los resultados radiográficos preoperatorios demostraron que la Incontinencia TIPO I es mas frecuente (72,5%) por lo -- que el tratamiento vaginal es el indicado. (tabla No. 5)

RESULTADOS :

U R E T R O C I S T O G R A M A :		
	CASOS	%
TIPO I	58	72.5%
TIPO II	22	27.5%
NORMAL	0	
TOTAL	80	100 %

Table No. 5

RESULTADOS :

RESOLUCION DE LA I.U.E. SEGUIMIENTOS DE LOS CASOS . OPERADOS			
	MESES:	3	6
Plastia PEREYRA	1	(3.3%)	0
Plastia KELLY-KENNEDY	1	(3.3%)	1 (3.3%)
Plastia PEREYRA en I.U.E. Recidivante	0		0
**	TOTAL	2	1

Tabla No. 8.

** seguimientos de los casos operados
que presentaron recurrencia de la-
incontinencia urinaria .

CONCLUSIONES :

- 1.- LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ES MAS FRECUENTE EN PACIENTES DE EDAD Y CON MAYOR PARIDAD
- 2.- LA TECNICA DE PEREYRA ES FACIL Y SEGURA CON UN PORCENTAJE DE CURACION DE 96 % UTILIZADA COMO PRIMERA ELECCION .
- 3.- LA TECNICA DE PEREYRA TIENE UNA MORBILIDAD DE 29.3 % EN COMPARACION A LA DE KELLY - KENNEDY QUE OBSERVO 20 % .
- 4.- LA TECNICA DE PEREYRA ES FACIL Y SEGURA,- DE EXITO EN LA INCONTINENCIA RECIDIVANTE TENIENDO UN PORCENTAJE DE CURACION DEL - 100% A LOS 6 MESES .
- 5.- EL PORCENTAJE DE RECURRENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA POSTERIOR A CIRUGIA , FUE - SIMILAR CON AMBAS TECNICAS . 3.3 %
- 6.- LA RETENCION URINARIA POST-CIRUGIA FUE - SIMILAR CON AMBAS TECNICAS . PEREYRA 16 % Y KELLY - KENNEDY 20 %
- 7.- CON LA TECNICA DE PEREYRA, EL DOLOR SUPRA-PUBICO SE PRESENTO EN EL 10 % DE LOS CASOS NO ASI EN LA DE KELLY.

BIBLIOGRAFIA :

- 1.- BACKER M.H. AND PROBST R.E.
Pereyra procedure.
Obstet and Gynec. 38: 225, 1971.
- 2.- BALL T.L. and HOFFMAN C.J.
Urinary stress incontinence.
Amer. J. Obstet- Gynec. 85: 96, 1963.
- 3.- BALL T.L. Kanpp R.G. Nathanson B. Lugassi L.D.
Stress Incontinence.
Amer. J. Obstet - Gynec. 94 : 997 1966 .
- 4.- BARNETT R.M.
Modern Kelly plication.
Obstet- Gynec. 34 : 667 1969.
- 5.- BATES C.R. LOOSE H. STATON S.L.
Objective study of incontinence after repair operations
Surg. Gynec. Obstet. 136: 17 , 1973.
- 6.- BECK R.P. MAUGHAM C.B.
Simultaneous intraurethral and intravesical pressure
studies in normal woman and those with stress incontinence
Amer. J. Obstet - Gynec. 89: 746, 1964.
- 7.- BECK R.P. MAUGHAM C.B.
Simultaneous intraurethral and intravesical pressure
studies normal .
Amer. J. Obstet Gynec . 77: 122 1961.
- 8.- BECK R.P. THOMAS E.A. MAUGHAM J.B.
Surgical results in treatment of pressure
equalización stress incontinence.
Amer. J. Obstet - Gynec. 100: 483, 1968.
- 9.- BURCH J.C.
Ligament Cooper urethrovvesical suspension for
Stress incontinence
Amer. J. Gynec. 81 : 211, 1961
Amer. J. Gynec. 100 : 764, 1968.
- 10.- BRAVO S.J.
Tratamiento de la I.U.E. con la técnica de Ingelman mo-
dificada.
Ginec- Obstet. Mex. 26: 201, 1969.
- 11.- BUNIM L.A. BUNIM CLAMP.
Amer. J. Obstet- Gynec. 77: 324, 1959.
- 12.- CRISP W.E.
Urinary pressure incontinence in the female
Arizona Med. 23: 513 1966

- 13.- CONVERTY M.B. MITCHELL C.
Osteitis pubis.
Amer. J. J. Med. Assn. 178: 898, 1961
- 14.- BECK RP.
Incontinence urinary
Amer. J. Obstet- Gynec. 81: 333 : 1966.
- 15.- CULLIN M.H. AND FORST.
Incontinence urinary in women.
Obstet- Gynec. 88: 12, 1955
- 16.- CULLEN K.R. WELCH J.S.
Stress incontinence
Surg. Gynec. Obstet 113 : 85, 1961
- 17.- DOROSHOW L.W. CHERRY J.M.
Complications of INCO needle operation for Urinary stress
incontinence.
Obstet - Gynec. 39 : 550 1972
- 18.- DRUSH P.C. AND THOMAS E.A.
The detrusor muscle and urinary incontinence
Amer. J. And Gynec. 94: 483, 1966
- 19.- ENHORMING G.
Urethral closure studied with cinerentgenography
and simultaneous bladder urethra pressure recording
Surg. Gynec. and. Obstet 118: 506 1964
- 20.- GIMENEZ M.M.
Incontinencia urinaria de esfuerzo.
Gineco- Obstet - Mex. 3: 1967
- 21.- FREWEN W.E.
Urinary incontinence
J. Obstet - Gynec. Brit. 79: 77 1972
- 22.- FREWEN W.E
Urinary incontinence in woman
Amer. J. Obstet- Obsat . 11: 1242, 1973
- 23.- FREEWEN W.E.
Urinary incontinence
J. Obstet Gynec. Brit. Cwlth. 77: 932, 1970.
- 24.- GAUINA I.S.
Surgical treatment of urinary stress incontinence
AmF. J. obstet- Gynec. 103 : 1163. 1964
- 25.- Green T.H.
B The problem of urinary stress incontinence the-
female. Obstet- Gynec. 23: 603, 1968.
- 26.-Green T.H.
Incontinence Urinary in the female
Obstet- Gynec. surg. 33: 225. 1967.

- 27.- HODKINSON C.P.
Relations of female urethra and bladder in USA.
Amer. J. Obstet- and Gynec, 65: 560 1963.
- 28.- HAYDEN J.B. BOSSERT L.J.M.H.
Urinary stress incontinence
Obstat- Gynec. 35: 898, 1969- 1970.
- 29.- HODKISON C.P. AYERS M.A. DRUCKER B.H.
Disynergic detrusor dysfunction in apparently normal
females. Amer. J. Obstet- Gynec. 87, 817.,1963.
- 30.- HODKINSON C.P.
Urinary stress incontinence in the female
Clin. Obstet- Gynec. 6 : 15, 1963.
- 31.- HODKINSON C.P.
Urinary stress incontinence.
Obstat - Gynec. 3: 876, 1963
- 32.- HODKINSON C.P.
Urinary Estress incontinence.
Amer. J. Obstet- Gynec. 108: 1141 : 1970.
- 33.- HUFFMAN J.
Stress incontinence.
Amer. J. Obstet- Gynec. 46, 873, 1948.
- 34.- HUTCH J.A.
Physiology of micturation
Obstat - Gynec. 30 : 39 1967.
- 35.- JEFFCOATE T.N.A.
Stress incontinence
Amer. J. Obstet- Gynec. 64: 721 1957
- 36.- JEFFCOATE T.N.A.
Urgency incontinence un the female
Amer. J. Obstet- Gynec. 94,605, 1966
- 37.- Hodkinson C.P. AND COBERT N.
Direct urethrocystometry
Amer. Surg. Gynec, Obstet 120: 595 1965
- 38.- Hodgkinson C.P. and COBERT N.
Direct Urethrocystometry
Amer. J. Gynec. 79: 648 1960
- 39.- Jones H.W.
Marshall- Marchetti - Krantz operation
Obstat- Gynec. survey 27: 747 1972
- 40.- Jones H.W.
Marshall- Marchetti - operations.
Obstat- Gynec. survey. 10: 888; 1971
- 41.- Kitzmiller J.L. Manzer G.A. Nebel W. Lucas.
Chain cystourethrogram and stress incontinence.
Obstat- Gynec. 39 : 333 . 1972

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 42.- Kalims and Kulich A.
Stress incontinence.
N.Y. Statet J. Med. 62 : 3435, 1962
- 43.- Kulich A.
N.Y. Statet J. Med. 33: 1298, 1966
- 44.- LRPIDUS J.A.
Simplified operation for stress incontinence.
J. Urol. 105 : 262, 1971
- 45.- JEFFCOATE T.N.A. Y ROBERTS H.
Stress incontinence of urinary
J. Obstet y Gynec. Brit. Emp. 59 : 685 1952
- 46.- Low J.A.
Clinical characteristic of patients with demonstrable
urinary incontinence.
J. Amer. Obstet- Gynec. 88: 322, 1964
- 47.- Low J.A.
Management of anatomic urinary incontinence by
vaginal repair .
Amer. J. Obstet - Gynec. 97: 308 1967
- 48.- JEFFCOATE T.N.A.
Observations on stress incontinence urinary
Amer. J. Obstet- Gynec. 56 : 326, 1972
- 49.- LOW. J.A.
Intravesical and intra-urethral pressure as a measure
of urethral spincter function
Obstet- Gynec. 40 : 627 1972.
- 50.- MARSHALL - MARCHETTI.
Operations for incontinence urinary
Obstet - Gynec. 65, 217 . 1950
- 51.- MARCHETTI - A.D. MARSHALL V.F. O LEARY J.F.
Suprapubic vesicourethral suspension and urinary
stress incontinence
Clin. Obstet- Gynec. 6 : 195, 1963
- 52.- MARSHALL V.F. MARCHETTI A.D. KRANTZ K.E.
Vesicourethral suspension
Amer. J. obstet- Gynec. 98: 509 1949
- 53.- MARSHALL U.E. MARCHETTI A.T.
The correction of stress incontinence by simple -
vesicourethral suspension
Surg. Gynec. Obstet 88: 509, 1949
- 54.- MARSHALL - MARCHETT
SURG. Gynec. - Obstet.98: 509 1949
SURG. Gynec. - Obstet 55: 129,1955
- 55.- Mc.CLAUSLAND A.M. LANGMODE.
A helpful addition to Marshall- Marchetti
Amer. J. Obstet- Gynec. 112 : 759 , 1972.

- 56.- Mec. Knight C.A.
Urethral suspension with satinless steel staples.
Amer. J. Obstet- Gynec. 106 : 369, 1970.
- 57.- KELLY - DUMM
Urinary incontinence in woman without manifest injury
to the bladder. A report of cases.
Surg. Gynec. Obstet 18 : 444, 1914
- 58.- KEGEL A.H.
Physiolog therapy for urinary
stress incontinence
JAMA 146 : 9, 1951
- 59.- MOERLEY G.W.
Surgically induced stress incontinence
Obstet - Gynec. 31 : 270 1968
- 60.-Nichols G.H. Mellery P.S.
Identifications of pubo- urethral ligaments and
their role in trasvaginal surgical correction of
stress incontinence
Amer. J. Obstet- Gynec. 115 : 123, 1973
- 61.- PEREYRA A.J.A.
A simplified procedure for the correction of stress
incontinence in woman.
W. Surg. Obstet- Gynec . 67 : 223, 1959
- 62.- MARCHETTI AA. MARSHALL
Clin. Obstet- Gynec. 6 : 195, 1963
- 63.- PELOSI A. APUZZIO J.J.
Diagnostic device for stress incontinence
Obstet- Gynec. 45: 223, 1975
- 64.- MARCHETTI A.A.
JAMA. 162 : 1366, 1955- 1956
- 65.- PEREYRA J.A.
Operation ventrosuspention.
OBSTET- GYNEC. 12. 65: 1969
- 66.- PEREYRA A.J. LEBHERZ T.B.
Combined uretrovesical suspension and vaginal urethro
plasty for correction of urinary stress incontinence
Obstet- Gynec. 30 : 357, 1967
- 67.- POOL T.L.
Interstitial cystitis
Clin. Obstet- H. Gynec. 10: 185. 1967
- 68.- REYNOLDS C.R. MULLER H.G.
T. asvgnal urethropexy
J. Urol. 111: 36, 1974
- 69.- MARSHALL = MARCHETTI A.A.
Surg. Gynec. Obstet 88: 509 1949

- 70.- MARCHETTI A.A. MARSHALL
Amer. J. Obstet- Gynec. 74 : 57 , 1957
- 71.- Te LINDE R.W.
Clin. Obstet- Gynec. 6: 207 , 1963
- 72.- HIGGINS L.W.
Amer. J. Obstet- Gynec, 88: 995, 1963
- 73.- TANAGHO E.A. MULLER
Brit. J Urol. 38: 72, 1966
- 74.- Te- Linde Boock.
Procedimientos quirurgicos.
Ed. L. Vol.1 pp. 345- 663
- 75.- TOES H.A.
OBSTET- Gynec. 29 : 613, 1967
- 76.- SHONBERG L.A. WENTZEL G.M.
A. Urethrocytography
Amer. J. Obstet- Gynec. 86 : 996, 1963.
- 77.- SHUTE W.E
Vaginal suport and stress incontinence
Amer. J. Obstet- Gynec. 91 : 824. 1965
- 78.- Symmonds R.E.
The suprapubic aproach anterior vaginal relaxations
Obstet - Gynec. 36 : 795, 1970
- 79.- ZACHARIN R.F. AND. GLEADELL D.W.
Amer. J. Obstet- Gynec. 87: 948, 1963
- 80.-Ullery J.C.
Stress incontinence in the female
Grune and Stratton New York 1953.
Obstet- Gynec. 188: 344. 1951.