

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO 102



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I. S. S. S. T. E.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA OPERACION DE KELLY Y LA OPERACION DE PEREYRA COMO TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES

TESIS DE POSTGRADO

QUE 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 :

DR. JUAN ESTEBAN ONTANEDA MENA

ASESOR: DR. JOSE LUIS BRISEÑO Z.



ISSSTE

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1990

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.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
FISIOLOGIA DE LA MICCION.....	3
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.....	6
LA OPERACION DE KELLY.....	11
LA OPERACION DE PEREYRA.....	12
OBJETIVOS.....	16
MATERIAL Y METODOS.....	17
RESULTADOS.....	19
DISCUSION.....	22
CONCLUSIONES.....	23
TABLAS.....	24
BIBLIOGRAFIA.....	30

INTRODUCCION

El ginecólogo se enfrenta a menudo en la consulta con problemas relacionados a trastornos de la micción. Uno de los padecimientos más frecuentes y más molesto, que sufre la mujer a medida que avanza la edad es la pérdida progresiva del control de la micción, lo que obliga a llevar constantemente apósitos vulvares y muchas veces representa una verdadera invalidez puesto que perturba sus actividades y repercute en su vida familiar y social.

Se han descrito más de 100 operaciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (I.U.E.)^{1,2,3,4} Se ha utilizado la vía vaginal, abdominal o bien la combinación de las dos.^{2,3,4,5,6,7,8,9} Se han empleado múltiples elementos de sutura y de fijación, sin embargo no se ha podido hasta la fecha llegar a encontrar un procedimiento ideal para todos los casos de I.U.E.

Esta tesis es un estudio comparativo entre la técnica de Kelly descrita en el año 1913, y la técnica de Pereyra descrita en 1959, y que ha sufrido algunas modificaciones en relación a su descripción original, como tratamiento para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. Se analizarán varios factores como edad, peso, talla, paridad, operaciones previas, complicaciones trans y post operatorias, etc. Antes se describirá un resumen sobre el mecanismo fisiológico de la micción en la mujer normal, concepto, etiología, grados de intensidad y formas de diagnósti-

co de la I.U.E., posteriormente se describirá las dos técnicas utilizadas y finalmente se hará una descripción de los materiales y métodos, análisis de resultados y comentario final.

GENERALIDADES

FISIOLOGIA DE LA MICCION

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

Diferentes estudios han demostrado que el acto de la micción normal se inicia por influencia de presiones intrínsecas y extrínsecas sobre la vejiga y la uretra; ^{5,7,10,11,12} específicamente la micción se inicia por una relajación voluntaria de los músculos estriados de los diafragmas urogenital y pelviano, principalmente los bulbocavernosos y puborrectales. 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; esto estimula las fibras sensoriales del sistema nervioso involuntario. El acto de la micción se produce por el estímulo reflejo del triángulo de la vejiga, por medio de las fibras parasimpáticas de los plexos nerviosos sacros. Con la contracción involuntaria de los músculos del diafragma pelviano y urogenital, hay pasaje a la uretra posterior, con un aumento de la presión intravesical por encima de la presión intrauretral, lo que permite a la vejiga vaciarse rápida y completamente.

Con el fin de mantener la continencia urinaria se requiere un adecuado gradiente de presión entre la uretra y la vejiga; a-

demás se requiere de una uretra intrínsecamente intacta que reciba sostén anatómico adecuado.^{11,12,13,14,15} En la uretra intrínsecamente intacta la resistencia necesaria para lograr un cierre hermético se obtiene por la coaptación de las superficies mucosas y su compresión, en una longitud adecuada, por tejidos musculares y conectivos.¹⁵

La aposición completa de los múltiples pliegues de la superficie uretral es producida por la plasticidad de la mucosa. Secreciones mucosas contribuyen al desarrollo de tensión superficial. El rico riego sanguíneo de la submucosa actúa como una estructura dúctil de tejido esponjoso que aumenta su flexibilidad y contribuye al cierre necesario para la continencia. En su posición normal intraabdominal, la uretra posterior está sujeta a las transmisiones de la presión intraabdominal, lo cual ayuda a mantener la competencia uretral.

Se ha comprobado que los estrógenos estimulan la proliferación y maduración del epitelio atrófico de la uretra y del trigono vesical para cuadruplicar la luz vascular ensanchándola y para incrementar las pulsaciones vasculares en el lecho uretral.¹³

La relación temporal entre la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo y el comienzo de la menopausia sugiere que la falta de estrógeno puede ser un factor contribuyente importante para la disminución de la presión de cierre uretral. Una gradual pérdida del tono de los músculos de sostén del piso pel-

viano lleva a una insidiosa disminución de la presión intrauretral y de este modo a la involuntaria e intermitente pérdida de orina que se produce por súbitos cambios de la presión intraabdominal.

La deficiencia de estrógeno, la inflamación o el traumatismo, pueden dañar el "cierre mucoso" o el "cojín vascular" y aumentar el grado de compresión necesario para lograr un cierre completo. La cicatrización que puede quedar después de intervenciones quirúrgicas múltiples es capaz de producir una uretra rígida que no permita una buena coaptación, compresión o transmisión de la presión intraabdominal.

DEFINICION

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Es la pérdida de orina en forma involuntaria a través de la uretra intacta, como resultado de un mecanismo de cierre uretral incompleto durante el aumento de la presión intraabdominal, (risa, tos, estornudos, levantar cosas pesadas, esfuerzos, etc.) ⁵, 6, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21

A diferencia de la micción propiamente dicha que siempre es un proceso activo determinado por la contracción del detrusor, la incontinencia urinaria de esfuerzo es un fenómeno pasivo, como resultado de la acción de la presión intraabdominal transmitida a la vejiga y la uretra bajo condiciones particulares tales como lesiones durante el parto que afectan a las capas musculofasciales del piso pélvico, al diafragma urogenital y al periné, combinadas a la atrofia debido a la edad.

La I.U.E., es un problema extraordinariamente frecuente, se calcula que aproximadamente el 5% de todas las mujeres presentan alguna dificultad en el control de la orina en algún momento de su vida. ¹⁰

La I.U.E., se origina debido a diversos factores etiológicos entre los que destacan por su importancia el trauma obstétrico y la regresión postmenopáusica de los tejidos pélvicos; esto hace que se pierda en forma gradual el tono de los músculos del piso pelviano y el deterioro de los elementos que constitu-

yen el soporte del segmento uretrovesical, hecho que trae como consecuencia una herniación a través del hiato urogenital del cuello vesical y la uretra posterior, de tal forma que se los puede considerar fuera de la cavidad abdominal, esta modificación anatómica da como resultado que la uretra junto con el soporte muscular elástico periuretral pierda su apoyo durante el aumento de la presión intraabdominal, que normalmente se transmite por igual a la vejiga y la uretra posterior, de este modo la presión intrauretral va disminuyendo paulatinamente; además la formación del uretrocistocele hace que el ángulo vesicouretral posterior se aplane y que el orificio uretral interno desplazado hacia atrás se ubique en un lugar donde ejerce la mayor presión urostática⁵; en otras palabras, mientras la relación hidrodinámica se mantiene, la continencia persiste, pero cuando la presión intrauretral es insuficiente para resistir la cuña hidráulica introducida por el brusco aumento de la presión intraabdominal ocasionada por algún esfuerzo, se produce el escape involuntario de orina.

Como factores etiológicos también cabe mencionar a la obesidad, cirugía pélvica previa, caquexia, el uso de cinturones ajustados y a la tos crónica.

Existen cuatro grados de intensidad de la I.U.E.¹⁰

Grado I : Pérdida ocasional de unas cuantas gotas de orina por los esfuerzos muy intensos.

Grado II: Pérdida de pequeña cantidad de orina con esfuerzos ordinarios.

Grado III: Pérdida de cantidades variables de orina con los esfuerzos ligeros ya de pie o decúbito.

Grado IV: Pérdida de orina por el solo hecho de permanecer de pie o con esfuerzos mínimos incluso en decúbito.

Si bien el síntoma de perder orina cuando la paciente, generalmente de edad avanzada y múltipara, realiza algún esfuerzo como toser, reirse, estornudar o levantar cosas pesadas, es característico, debe hacerse el diagnóstico diferencial con otros padecimientos urinarios como: incontinencia neurógena, micción por rebozamiento, orificio uretral ectópico, divertículo uretral, fístula vesico-vaginal, urgencia urinaria, en la cual la micción imperiosa se debe a un detrusor irritable, a su contractilidad aumentada. Sus causas son la infección urinaria de preferencia por colibacilos, a tumores, trastornos neurológicos, diabetes y uso de drogas. Esta diferenciación es muy importante puesto que es fundamental para un correcto tratamiento; con este fin, además del interrogatorio detallado se recurrirá a métodos auxiliares de diagnóstico.

El interrogatorio es el de mayor importancia, ya que con él podemos diagnosticar de I.U.E., con un alto porcentaje de seguridad. 5, 10, 11, 14, 15, 17, 20, 21

Entre los métodos auxiliares de diagnóstico tenemos:

- a) Medición de la uretra: Debe determinarse la longitud de la uretra con la paciente de pie. La longitud normal es de 3.8-4 cm; las pacientes con I.U.E., tienen una uretra de 2-2.5cm de longitud. Este acortamiento de la uretra por lo general es causado por deficiencias en el sostén musculoponeurótico de la vejiga. *10,14,19,21*
- b) Prueba de esfuerzo: Se debe observar el meato uretral estando la paciente de pie con su vejiga llena. Una característica que siempre se encuentra en la incontinencia urinaria de esfuerzo es la pérdida de orina con cada tosido. ²¹
- c) Prueba de Bonney: Consiste en introducir dos dedos a través de la vagina y levantar el ángulo posterior de la uretra, en caso de que se trate de incontinencia urinaria de esfuerzo se suspende el escape de orina ante cualquier esfuerzo. Si se comprime la uretra en cualquier parte de su trayecto dará lugar a un resultado falso positivo. *5,10,14,17,18,20,21*
- d) Prueba del hisopo de Stamey: Se coloca a la paciente en decúbito supino y se inserta un hisopo lubricado en la uretra hasta la unión uretrovesical, a continuación se calcula el ángulo entre el hisopo y la horizontal. En mujeres nulíparas en reposo, el ángulo será de 10-15 grados por arriba de la horizontal. En pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, el ángulo a menudo es de 50-60 grados por arriba de la horizontal debido a la deficiencia en el sostén del cuello vesical.

cal. Esta prueba será positiva en la mayoría de las pacientes con incontinencia de esfuerzo y en algunas que no lo padecen; una prueba positiva nos está indicando un descenso considerable del cuello vesical y la uretra. ²¹

- e) Prueba de Marchetti: Es muy semejante a la prueba de Bonney, solo que en lugar de los dedos se utiliza una pinza de Allis, previa infiltración con lidocaina de una pequeña zona vaginal a la altura de la base del triángulo de Pawlick. Estando la paciente acostada o de pie, se moviliza la vagina con la pinza hacia arriba y adelante; la pérdida de orina cesa en caso de I.U.E., y reaparece al traccionar en sentido contrario. ⁵
- f) Cistouretrografía Radiológica: En la actualidad es un procedimiento que se le emplea raras veces. ⁵ Se toman placas laterales con la paciente en posición erecta. El ángulo normal o la inclinación de la uretra en relación a la perpendicular, o sea, el ángulo uretrovesical anterior mide aproximadamente 30°; el ángulo uretrovesical posterior mide entre 90 y 100°. En la mayoría de mujeres con I.U.E., el ángulo uretrovesical anterior no se altera mucho, pero el posterior disminuye tanto que pueden alinearse la uretra y el trígono.
- g) Cistoscopia: En ocasiones es necesario realizar un estudio cistoscópico a mujeres con I.U.E., con el objeto de determinar alteraciones uretrales o vesicales.

LA OPERACION DE KELLY

Ya en 1913, Howard A. Kelly, se ocupó por primera vez de esta afección de la mujer y fue quien describió un método para su tratamiento que demostró ser bastante satisfactorio.

A Kelly se le debe dar un gran crédito por su visión y juicio clínico al indicar que la uretra en su ángulo posterior como el sitio de mayor relajamiento anatómico, focalizando en ese sitio su plástica quirúrgica para esta afección.

Con la paciente en posición ginecológica, se coloca una sonda Foley. Se expone la pared anterior de la vagina con una valva apropiada y se incide con bisturí sobre la pared anterior desde el ápice hasta el meato urinario sobre la línea media. Los colgajos de mucosa son disecados lateralmente, despegando la fascia aponeurótica parauretral y paravesical, dicha disección generalmente se le realiza con un dedo envuelto con una gasa. Una vez expuesta la vejiga y una buena porción de la uretra, se palpa el globo de la sonda de Foley al mismo tiempo que se hala y empuja alternativamente para comprobar el sitio donde se detiene e identificar así el cuello vesical. En el sitio del infundíbulo uretro-vesical se hace un punto en "U" transversal que toma tejido en ambos lados del cuello vesical, después de anudarlo y si es necesario se coloca otro punto semejante. Se puede emplear y con buenos resultados catgut crómico del 0 ó cualquier otro material absorbible. Luego se recorta la pared vaginal excedente y

se cierra con puntos separados de catgut. La sonda Foley permanece entre 72 y 96 horas. ^{10,11,20}

LA OPERACION DE PEREYRA

Desde que el Dr. Pereyra describiera por primera vez el uso de una aguja larga para pasar una sutura desde la vagina a la pared abdominal con el fin de tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo, se han señalado múltiples modificaciones y es el propio Dr. Pereyra quien en 1982 realizó una modificación a su descripción original con el mismo fin. ^{2,22,23}

Con la paciente en posición de litotomía y Trendelenburg moderado, se expone la pared anterior de la vagina con una valva adecuada, se realiza una incisión en "T" invertida (algunos realizan en "U"), se disecciona la fascia paravesical y parauretral hasta llegar al borde inferior de las ramas del pubis. La punta de un dedo (habitualmente el índice) se introduce a través de la fascia endopélvica 3 cm al lado izquierdo de la uretra, en su punto de unión con el borde inferior del pubis. Utilizando el mismo procedimiento, se penetra en el espacio retropúbico derecho. Traccionando levemente la sonda de Foley hacia el lado izquierdo del cirujano, se permite palpar el pilar posterior del ligamento pubouretral izquierdo de la paciente, el cual descansa inmediatamente por encima y delante del globo de la sonda de Foley; se realiza similar maniobra en el lado contrario. Posterior

mente se introduce una aguja curva con sutura de prolene del 0, a través del ligamento pubouretral posterior y la fascia endopélvica de manera de efectuar una sutura helicoidal con tres o más asas.

Se realiza una incisión suprapúbica transversal de aproximadamente 4 cm, se disecciona la grasa subcutánea y se identifica la aponeurosis abdominal en su parte media. Se toma la aguja de Peyer, se introduce la punta por el borde derecho de la aponeurosis, el dedo índice de la otra mano se introduce por la abertura retropúbica y parauretral hecha previamente y cubre la punta de la aguja después de que se ha perforado la aponeurosis abdominal a través del espacio retropúbico y hasta que la punta de la aguja emerge por la vagina. El ojo de la punta de la aguja se enhebra con los dos extremos de la sutura de prolene y se extrae la aguja por arriba. El procedimiento se repite del lado opuesto de tal modo que se tendrá cuatro extremos de la sutura de prolene por encima de la aponeurosis de los rectos abdominales. En este momento se repara el cistocèle si lo tuviera y se anuda los cuatro extremos de la sutura de prolene mínimo seis veces. Se completa la cirugía cerrando las incisiones en la piel abdominal y en la mucosa vaginal anterior, la sonda Foley se retira en un lapso de 48 a 72 horas. ^{2,22,23}

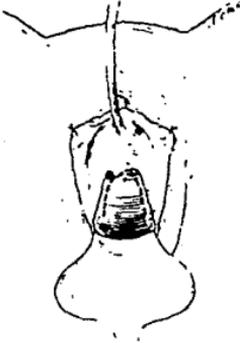


Figura 1. Incisión en "U" invertida en la pared vaginal.

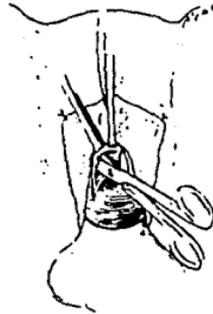


Figura 2. Disección de la pared vaginal hasta la aponeurosis endopélvica.

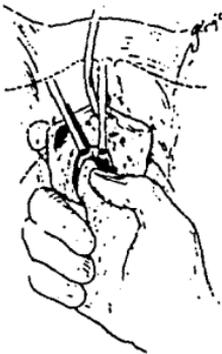


Figura 3. Se penetra al espacio retropúbico utilizando un dedo.

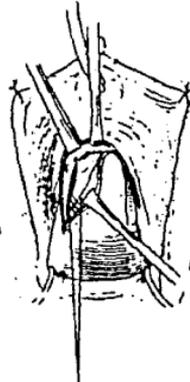


Figura 4. Se realiza una sutura helicoidal con prolené que fija la pared vaginal y la aponeurosis endopélvica.

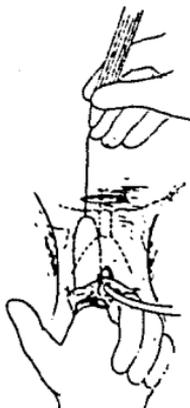


Figura 5. Se pasa la aguja de Peyer por la incisión suprapúbica con ayuda del dedo guía.

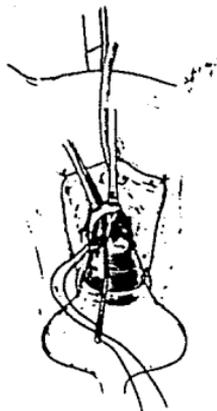


Figura 6. Se enhebran los cabos de la sutura por el ojo de la aguja y luego se extrae hacia la herida suprapúbica.

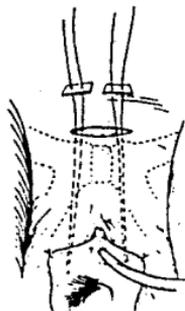


Figura 7. Se realiza la anudación de los 4 cabos de sutura sobre la aponeurosis abdominal.

OBJETIVOS.

- 1.- Comprobar la hipótesis de que la operación de Pereyra da menor número de recidivas comparada con la operación de Kelly en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres.
- 2.- Demostrar que la operación de Pereyra es un procedimiento quirúrgico que está al alcance del ginecólogo.

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un protocolo de investigación catalogado como longitudinal, prospectivo, abierto y comparativo.

Para poder llevar a cabo dicha investigación, se formaron 2 grupos de 12 pacientes cada uno, vistas en la consulta externa de Ginecología del Hospital Regional 20 de Noviembre y en quienes previamente se diagnosticó de incontinencia urinaria de esfuerzo según el interrogatorio y por la prueba de Bonney y además que no tuvieran infección de vías urinarias demostrado por medio de examen general de orina y urocultivo.

Para los fines de la investigación se consideraron los siguientes criterios:

Inclusión: Toda paciente que tenga incontinencia urinaria de esfuerzo demostrado por el interrogatorio y la prueba de Bonney.

Exclusión: Pacientes en quienes se demuestre infección de vías urinarias sea por EGO o por urocultivo y en quienes se demuestre que su incontinencia no sea de esfuerzo.

Eliminación: Pacientes que no acudan a los controles postoperatorios.

La investigación se llevó a cabo desde el mes de octubre de 1988 cuando se inició con la primera cirugía terminando de realizar todas las cirugías en el mes de abril de 1989, fueron controladas a los 30, 90 y 120 días posteriores a su cirugía y en cada consulta de control se solicitaba urocultivo y examen general de

orina, así como medir la orina residual y preguntar si persiste la incontinencia o esta desapareció.

Es importante anotar que las pacientes fueron operadas por varios médicos del servicio de Ginecología y Obstetricia tanto con la técnica de Pereyra como con la técnica de Kelly. El tratamiento post operatorio se dejó a consideración de cada uno de los médicos tratantes especialmente en lo relacionado al tiempo de permanencia de la sonda vesical.

RESULTADOS

La presentación de los resultados de la onvestigación realizada es en base a los datos obtenidos en la cédula de recolección de datos que cada paciente tuvo. El grupo problema será llamado "Pereyra" y el grupo testigo "Kelly". Se utilizó el análisis estadístico de la "t de student" para comparar los dos grupos.

El promedio de edad para el grupo Pereyra fue de 44.7 años con una desviación estandar de 8.96 y en el grupo Kelly fue de 47.6 años con una desviación estandar de 14.9 ($T=0.58$ $P=0.57$); el peso en promedio para el grupo Pereyra fue de 61.7 Kg con una desviación estandar de 10.8 y para el grupo Kelly fue de 62.7 Kg con una desviación estandar de 12.8 ($T=0.22$ $P=0.83$); la talla en promedio para el grupo Pereyra fue de 156.7 cm con una desviación estandar de 6.89 y en el grupo Kelly fue de 157.2 cm con una desviación estandar de 7.88 ($T=0.17$ $P=0.87$) (Tabla 1)

para el grupo Pereyra el número de gestaciones en promedio fue de 5.5 con una desviación estandar de 3.06 y para el grupo Kelly fue de 5.92 con una desviación estandar de 4.08 ($T= 0.28$ $P=0.78$); el número de partos en promedio para el grupo Pereyra fue de 4.3 con una desviación estandar de 2.4 y para el grupo Kelly fue de 3.9 con una desviación estandar de 2.35 ($T=0.42$ $P=0.68$) (Tabla 2). El peso en promedio de los productos fue de 3331 g. en el grupo Pereyra, con una desviación estandar de 331

y de 3420 g en el grupo Kelly con una desviación estandar de 331 (T=0.57 P=0.57) (Tabla 3)

El tiempo de evolución de la incontinencia para el grupo Pereyra fluctuó entre 8 meses y 25 años, con un promedio de 6.9 años; para el grupo Kelly el tiempo de evolución de la incontinencia fluctuó entre 8 meses y 16 años con un promedio de 3.8 años. (Tabla 4)

Tres de las doce pacientes del grupo Pereyra tuvieron el antecedente de colpoperinoplastía anterior y posterior e incluso una de ellas por dos ocasiones; en el grupo Kelly una paciente era histerectomizada y otra tenía una colpoperinoplastía anterior y posterior. (Tabla 5)

A todas las pacientes del estudio se las catalogó con incontinencia urinaria de esfuerzo grado II, según la clasificación anotada en otra parte de esta tesis.

Se midió orina residual post operatoria en todos los controles efectuados, encontrando un promedio de 5.3 cc en el grupo Pereyra y de 5.8 cc en el grupo Kelly. Consideramos que estadísticamente no existió ninguna diferencia significativa entre estos dos grupos según las variables analizadas.

No hubo complicaciones durante el transoperatorio en ninguno de los dos grupos, como pudieran ser perforación de vejiga o de uretra o hemorragias incontrolables; las complicaciones postoperatorias fueron únicamente de una paciente en cada uno de los

grupos que tuvo retención urinaria y que ameritó que se instale nuevamente la sonda Foley y de 2 pacientes (16.6%) con infección de vías urinarias en el grupo Pereyra y de 4 pacientes del grupo Kelly (33.3%); esto fue demostrado con urocultivos positivos y con controles negativos luego del tratamiento.

En relación al tiempo de permanencia con la sonda Foley posterior a la cirugía, tenemos que en el grupo de Pereyra fue de 28 horas en promedio con una desviación estandar de 9.3 horas y de 74 horas en el grupo Kelly con una desviación estandar de 12.4 horas ($T=10.29$ P 0.00001), encontrándose que aquí hubo una diferencia significativa y creemos que esto contribuyó a que se presenten mayor número de casos de infección de vías urinarias en el grupo Kelly. Además si consideramos que la infección de vías urinarias asociada al empleo de sonda Foley constituye entre el 35 y 40% de todas las infecciones intrahospitalarias.²⁴ (Tabla 6)

Ninguna de las pacientes de los dos grupos presentó reacción al material de sutura, hematoma vaginal o absceso de la pared abdominal, como está reportado en otros estudios.²

Luego de haber realizado los controles, como estaba propuesto en el protocolo de investigación, a los 30 - 90 y 120 días de la cirugía, ninguna paciente del grupo Pereyra presentó recidiva y solo una paciente del grupo Kelly lo presentó al mes.

DISCUSION

Varios han sido los intentos realizados por encontrar una técnica que sirva a todos los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo, desde la plicatura vesical (Kelly) ^{5, 6, 10, 11, 14, 15, 17, 19, 20, 21}; la suspensión vesical con aguja suprapúbica (Pereyra) ^{1, 2, 3, 4, 22, 23, 25}; la suspensión vesico - uretral por vía abdominal (Marshall, Marchetti, Krantz) ^{1, 3, 11, 26}; hasta la utilización de un esfínter urinario artificial - para los casos de recidiva ²⁷ sin embargo este no ha sido encontrado aún.

Park y Miller, ¹ en su estudio realizado encontraron una eficacia del 67% con la técnica de Pereyra y 66% con la técnica de Kelly a 3 años; el propio Pereyra utilizando su técnica modificada en 1982 reporta 94.5% de eficacia entre 4 y 6 años. ²² Iris de la Cruz, ² en 1985 utilizando la técnica de Pereyra modificada reporta una mejoría en el 95.7% de sus pacientes en 6 meses de control. Bhatia, ⁴ en su estudio reporta 85% de eficacia con la técnica de Pereyra al año de la operación.

Como podemos observar existen varios porcentajes de eficacia con una y otra técnica; nosotros podemos decir que a 4 meses de evolución tuvimos un 100% de eficacia con la técnica de Pereyra y un 91.6% con la técnica de Kelly.

CONCLUSIONES

- 1.- No se pudo demostrar la hipótesis de que la operación de Pereyra daba menor número de recidivas que la operación de Kelly, ya que el haber encontrado un solo caso de recidiva en el grupo Kelly nos puede hablar de mala técnica del cirujano y no de la técnica descrita de este procedimiento.
- 2.- A lo anterior podemos añadir que el número de pacientes (12 en cada grupo) fue pequeño y el tiempo de control postoperatorio (4 meses) fue corto.
- 3.- La operación de Pereyra es un procedimiento que si está al alcance del ginecólogo y que este lo puede realizar sin la necesidad de contar con equipo especial.
- 4.- Que la investigación debe considerarse como un estudio preliminar y que se debe continuar en los años venideros.

TABLA 1

PEREYRA			KELLY		
Edad	Peso	Talla	Edad	Peso	Talla
1.-	45....71.....	150	1.-	61....72.....	151
2.-	50....72.....	160	2.-	36....63.....	152
3.-	32....49.....	150	3.-	70....82.....	161
4.-	48....55.....	165	4.-	35....50.....	165
5.-	48....70.....	165	5.-	65....48.....	150
6.-	61....45.....	145	6.-	39....55.....	148
7.-	36....80.....	165	7.-	68....45.....	150
8.-	31....58.....	152	8.-	29....80.....	172
9.-	47....64.....	152	9.-	40....60.....	155
10.-	47....69.....	159	10.-	53....79.....	160
11.-	54....52.....	156	11.-	32....60.....	155
12.-	38....55.....	162	12.-	44....59.....	168

Promedio: Edad: 44.7

Promedio: Edad: 47.6

Peso: 61.7

Peso: 62.7

Talla: 156.7

Talla: 157.2

T= 0.58 P= 0.57 Edad.

T= 0.22 P= 0.83 Peso

T= 0.17 P= 0.87 Talla

TABLA 2

PEREYRA			KELLY		
	Gestaciones Partos			Gestaciones Partos	
1.-	10.....	6	1.-	10.....	6
2.-	6.....	5	2.-	3.....	2
3.-	4.....	4	3.-	13.....	3
4.-	5.....	2	4.-	4.....	3
5.-	3.....	3	5.-	5.....	5
6.-	9.....	8	6.-	5.....	5
7.-	6.....	6	7.-	2.....	2
8.-	2.....	2	8.-	8.....	4
9.-	11.....	9	9.-	3.....	2
10.-	3.....	2	10.-	13.....	10
11.-	5.....	3	11.-	3.....	3
12.-	2.....	2	12.-	2.....	2
Promedio: Gestaciones: 5.5			Promedio: Gestaciones: 5.9		
Partos: 4.3			Partos: 3.9		
T= 0.28 P= 0.78 Gestaciones					
T= 0.42 P= 0.68 Partos					

TABLA 5

Peso promedio de los productos

PEREYRA	KELLY
1.- 3025 g.	1.- 3183 g.
2.- 3360 g.	2.- 3716 g.
3.- 2800 g.	3.- 4066 g.
4.- 3500 g.	4.- 3316 g.
5.- 4000 g.	5.- desconoce.
6.- desconoce.	6.- 3260 g.
7.- 3383 g.	7.- desconoce.
8.- 3375 g.	8.- desconoce.
9.- desconoce.	9.- 3250 g.
10.- desconoce.	10.- 3000 g.
11.- 3333 g.	11.- 3316 g.
12.- 3200 g.	12.- 3675 g.
Promedio:	Promedio:
3331	3420

$$T = 0.57 \quad P = 0.57$$

TABLA 4

Tiempo de evolución

PEREYRA	KELLY
1.- 8 meses	1.- 5 años
2.- 12 años	2.- 2 años
3.- 3 años	3.- 16 años
4.- 18 meses	4.- 2 años
5.- 10 años	5.- 3 años
6.- 25 años	6.- 3 años
7.- 3 años	7.- 1 año
8.- 1 año	8.- 4 años
9.- 20 años	9.- 4 años
10.- 1 año	10.- 3 años
11.- 3 años	11.- 2 años
12.- 4 años	12.- 8 meses
Promedio:	Promedio:
6.9	3.8
T= 1.19	P= 0.25

TABLA 5

Cirugías pélvicas y vaginales previas

PEREYRA	KELLY
1.- Salpingoclasia.	1.- Extirpación de tumor cervical, ooforectomía bilateral, histerectomía total abdominal.
2.- Colpoperinoplastía anterior y posterior en 2 ocasiones.	
3.- Ninguna.	2.- Salpingoclasia.
4.- Ninguna.	3.- Colpoperinoplastía anterior y posterior, salpingoclasia
5.- Ninguna.	4.- Ninguna.
6.- Ninguna.	5.- Ninguna.
7.- Colpoperinoplastía anterior y posterior, salpingoclasia	6.- Ninguna.
8.- Ninguna.	7.- Ninguna.
9.- Salpingoclasia.	8.- Salpingoclasia.
10.- Colpoperinoplastía anterior y posterior, salpingoclasia	9.- Salpingoclasia.
11.- Extirpación de tumor cervical.	10.- Ninguna.
12.- Ninguna.	11.- Ninguna.
	12.- Ninguna.

TABLA 6

Tiempo con sonda vesical postoperatorio

PEREYRA	KELLY
1.- 48 horas	1.- 72 horas
2.- 48 horas	2.- 72 horas
3.- 24 horas	3.- 96 horas
4.- 24 horas	4.- 72 horas
5.- 24 horas	5.- 48 horas
6.- 24 horas	6.- 96 horas
7.- 24 horas	7.- 72 horas
8.- 24 horas	8.- 72 horas
9.- 24 horas	9.- 72 horas
10.- 24 horas	10.- 72 horas
11.- 24 horas	11.- 72 horas
12.- 24 horas	12.- 72 horas
Promedio: 28	Promedio: 74

T= 10,29 P 0.00001

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Park GS, Miller EJ. Surgical treatment of stress urinary incontinence: A comparison of the Kelly plication, Marshall-Marchetti-Krantz, and the Pereyra procedure. *Obst and Gynecol*; 71:575, 1988.
- 2.- Iris de la Cruz S y Cols, Cistouropexia retropública en incontinencia urinaria de esfuerzo: Operación de Pereyra modificada. *Ginecol y Obstet de México*, 54:329, 1986.
- 3.- Berghman A, Ballard CA, Comparison of three different surgical procedures for genuine stress incontinence. Prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol*, 160:1102-6, 1989.
- 4.- Bhatia N, Berghman A, Modified Burch versus Pereyra retropubic urethropexy for stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 66:255, 1985.
- 5.- Gori RM y Cols, *Ginecología*. El ateneo, Buenos Aires. 1982. pag: 456 - 491.
- 6.- Emmet JL, Witten DM, *Clinical Urography*. 3era edición, Vol 3 1971.
- 7.- Mattingly RF, Davis LE, Tratamiento primario de la incontinencia urinaria de stress anatómico. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*, 2:569, 1984.
- 8.- Beck RP, Mc Cormick S, Treatment of urinary stress incontinence with anterior colporrhaphy. *Obstet Gynecol* 59:269, 1982

- 9.- Muzsnai D y Cols, Retropubic vaginopexy for correction of urinary stress incontinence. *Obstet Gynecol* 59:113, 1982.
- 10.- Gallo Delfino, *Urología Ginecológica*. Guadalajara, México. 1969.
- 11.- Mattingly RF, Stress urinary incontinence, urethrocele and cystocele. In: Mattingly RF, Thompson JD, eds. *Telinde's Operative Gynecology*. 6th ed. Philadelphia. 1985.
- 12.- Guyton AC, *Tratado de Fisiología Médica*. 7ma. edición Interamericana. México. 1988.
- 13.- Staskin DR y Cols, Fisiopatología de la incontinencia de esfuerzo. *Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales*, 2:385-394, 1985.
- 14.- Smith DR, *Urología General*. 6ta edición. Manual Moderno. México. 1980.
- 15.- Ramón de Alvarez R, *Texto de Ginecología*. La Prensa Médica Mexicana. México. 1984.
- 16.- Valencia Ruvalcaba JL, Comparación de la operación de Gittes y la Stamey en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo en la mujer. Tesis de post grado. C.H.20 de Noviembre. ISSSTE. 1987.
- 17.- Jones HW, Jones GS, *Tratado de Ginecología de Novak*. 10ma. edición. Interamericana. México. 1985.
- 18.- Khan Z, Mieza M, Relative usefulness of physical examination, urodynamics and roentgenography in the diagnosis of

- urinary stress incontinence. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 167:39, 1988.
- 19.- Delgado Urdapilleta J, Incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia. IX Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. 1986.
 - 20.- Danforth DN, Tratado de Obstetricia y Ginecología. 4ta edición, Interamericana. México, 1987.
 - 21.- Benson RC, Manual de Ginecología y Obstetricia. 7ma. edición. Manual Moderno. México, 1985.
 - 22.- Pereyra AJ, et al, Pubourethral supports in perspective: modified Pereyra procedure for urinary incontinence. Obstet Gynecol 59:643, 1982.
 - 23.- Hadley HR, Zimmern PE, Suspensión del cuello vesical con aguja transvaginal. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. 2:528, 1985.
 - 24.- Iris de la Cruz S y Cols, Infección de vías urinarias en el postoperatorio tardío de cistouretropexia. Ginecol y Obstet de México, 56:51, 1988.
 - 25.- Pow - Sang JM, Lockhart JL, Female Urinary Incontinence: Preoperative selection, surgical complications and results. J Uro, 136:831, 1986.
 - 26.- Green DF, Mc Guire EJ, A comparison of endoscopic suspension of the vesical neck versus anterior urethropexy for the

treatment of stress urinary incontinence. J Uro 136:1205, 1986.

- 27.- Dokno AC, Hollander JB, Artificial urinary sphincter for recurrent female urinary incontinence. Indications and results. J Uro. 138:778, 1984.