

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

T E S I S

1 9 7 9

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

### TEMA

INTRODUCCION .....	1
FISIOLOGIA DE LA MICCION .....	3
FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA INCONTINENCIA - URINARIA DE ESFUERZO .....	4
FISIOPATOLOGIA .....	5
METODOS DE DIAGNOSTICO .....	9
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .....	11
INDICACIONES .....	12
OPERACION DE MARSHALL MARCHETTI KRANTZ .....	12
MATERIAL Y METODO .....	12
RESULTADOS .....	14
CONCLUSIONES .....	19
BIBLIOGRAFIA .....	22

## INTRODUCCION

Durante el VIII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia, observamos que todo un capítulo de trabajos de investigación, fue dedicado a la Urología Ginecológica, en el cual los autores enfocaron desde varios ángulos el todavía no resuelto problema de la incontinencia urinaria de esfuerzo, que además es evidente después de revisar la literatura desde los primeros trabajos, hasta los actuales.

Esta patología ginecológica no puede ser enmarcada en un contexto único, en relación al factor etiológico; durante nuestra práctica diaria institucional, la captamos en pacientes multiparas o grandes multiparas, cuyo componente principal será la alteración anatómica, manifiesta por los trastornos de la estática pelvigenital.

En pacientes con recidiva postoperatoria, menopáusicas con cambios tróficos, en problemas de congestión pélvica crónica y desde luego en secuelas de traumatismos uretrales con o sin infección del tracto urinario bajo y en patología de tipo neurológico condicionada por enfermedades sistémicas o locales, y finalmente como manifestación de alteraciones Psicológicas.

Partiendo de la base de la existencia de múltiples factores causales del padecimiento, será necesario tener un orden ó cartabón sistematizado en el estudio de tales pacientes y lograr especificidad diagnóstica lo más fiel posible.

Al mencionar lo anterior, es con el objeto de que sea más evidente la inquietud existente por encontrar soluciones satisfactorias en el orden de la investigación fisiológica, etiológica, y procedimientos terapéuticos; posiblemente los errores persistan, pero serán menores, en cuanto mejor se domine esta área, pues es indudable que la presencia ó - persistencia de falla debe ser imputada a una terapéutica mal indicada o al desconocimiento exacto de la etiología del padecimiento.

No existe discusión en pacientes que presentan alteraciones evidentes de la estática pelvigeñital, con pérdida involuntaria de orina, en donde la vía vaginal es la indicada para su corrección, descartando patologías agregadas. (1, 2, 7, 9, 12, 19, 22)

Con un gran porcentaje de éxito, las recidivas son las que merecen - consideración, ya que si la reconstrucción fue con la técnica adecuada su persistencia debe ser analizada, y posiblemente su corrección no - necesariamente sea quirúrgica.

Debemos dejar sentado, por lo tanto que la cirugía correctiva será - precisamente en donde existan cambios anatómicos que alteran la fisiología normal de la micción. Al elegir la técnica quirúrgica y la - vía de acceso, se deben tomar en cuenta las alteraciones de otra índole, con la misma manifestación; para contar con la seguridad de que nuestro procedimiento operatorio es el adecuado.

Actualmente existe controversia, en el intento de unificar criterios, para explicar la presencia de esta entidad nosológica; puntos de vía

ta que analizaremos más adelante, pero que son fundamentales, ya que conociendo la fisiopatología de la micción, entenderemos qué está sucediendo, qué alteraciones anatómicas están involucradas y estar en condiciones de elegir el acto quirúrgico más convincente.

Es motivo de este trabajo analizar la posición que tiene la técnica de Marshall Marchetti Krantz, en la solución de la incontinencia urinaria de esfuerzo en nuestro medio y si se siguen los parámetros necesarios para su elección y comparar los resultados con la literatura que se revisó. (6, 7, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 22)

La incontinencia urinaria de esfuerzo, aún en controversia y sin haberse resuelto dudas fundamentales, resulta apasionante de donde el interés actual es vigente.

Las conclusiones finales, esperamos que contribuyan a normar su indicación y que será de gran utilidad para un próximo trabajo prospectivo; tendremos la oportunidad además de ubicar con claridad el sitio que ocupa el Marshall Marchetti Krantz dentro del armamento terapéutico en nuestro medio.

### FISIOLOGIA DE LA MICCION

La micción se produce por la distensión vesical, al estimular un reflejo espino-cortical, por el cual el diafragma se mantiene en inspiración y los rectos anteriores se contraen aumentando la presión intra-abdominal, la cual actúa directamente en el cuello vesical descendiendo y se dirige hacia atrás, originándose la contracción del músculo de-

trusor y se relaja el esfínter interno, iniciándose la micción. La detención de la emisión de la orina se efectúa con la contracción del músculo elevador del ano, elevando el cuello vesical, con lo que se cierra o contrae el esfínter interno y la uretra proximal y el detrusor se relaja, evitando la emisión de la orina. (3, 6, 8, 10, 12, 16, 23)

Estos mecanismos mencionados son tanto voluntarios como involuntarios, los cuales se coordinan al efectuarse la micción.

#### FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Entre las causas que con más amplitud se han estudiado y en la que existe una relación causa efecto, es la alteración anatómica que sufren los tejidos de los órganos pélvicos durante el embarazo y los diversos eventos obstétricos que se suceden en la vagina y estructuras adyacentes; es por esto que en su mayoría lo observamos en pacientes multiparas y grandes multiparas.

Debemos agregar, la técnica obstétrica como antecedente, el uso de fórceps u operatoria obstétrica, así como una deficiente reparación de los tejidos del piso perineal, favoreciendo la presencia de alteraciones en la estática pelvigenital, y por consecuencia la incontinencia urinaria de esfuerzo. Varios autores han demostrado que procesos inflamatorios o infecciosos, congestionan el cuello vesical y el trigono con la aparición subsecuente de la incontinencia de urgencia o en forma mixta. (7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18)

Marshall y Judd refieren que en los casos de aumento de la motilidad vesical, por llenado, condiciona la incontinencia urinaria de urgencia de origen Psicosomático, y se hace énfasis en sus trabajos, que cuando en los estudios completos de problemas de Incontinencia urinaria, no hay presencia de alteraciones anatómicas, ni procesos inflamatorios o infecciosos que puedan condicionarla, tenemos que tener presente la incontinencia urinaria de origen Psicológico.

### FISIOPATOLOGIA

En los estudios de incontinencia urinaria de esfuerzo, se han encontrado alteraciones anatómicas de la uretra proximal y el cuello vesical, detectadas por la clínica y confirmadas por el uretrocistograma de cadena de Hodgkinson.

En la mujer continente ó sin alteraciones anatómicas en la unión de la uretra proximal y el cuello vesical, se forma un ángulo uretro vesical posterior que mide normalmente de 90 a 100°; otro ángulo que se forma por la inclinación uretro vesical, entre los dos tercios proximales de la uretra y la línea vertical de la vejiga, con medidas de 30 a 45°. (6, 12, 13, 15, 16)

En la incontinencia urinaria de esfuerzo, puede haber pérdida de uno ó ambos ángulos; lo más importante desde el punto de vista fisiopatológico lo demuestran los estudios realizados por Hodgkinson y más recientemente por Beck y Maugham, que hacen referencia a las presiones intravesicales e intrauretrales demostrando que las personas que presentan relaciones anatómicas normales, la presión intraure



tral en sus dos tercios proximales es mayor ó igual a la intravesical, tanto en reposo como durante el esfuerzo; más recientemente Enhorning, llama a la presión de cierre que se iguala a cero, una de las condiciones de la incontinencia urinaria. Recomendando la práctica de la uretrocistometría como un método para determinar el pronóstico de las alteraciones y como medio para valorar el tipo de tratamiento. En tanto que se ha demostrado que las pacientes que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo, la presión intrauretral se encuentra disminuida en relación a la intravesical, esto se entiende ya que una persona que no presenta alteraciones anatómicas, los dos tercios proximales de la uretra se encuentran intraabdominales, y al aumentar la presión durante el esfuerzo, aumenta la presión intraabdominal y por consecuencia aumento de la presión intrauretral proximal y en casos de alteraciones del piso pélvico con la pérdida de la angulación de uno ó ambos ángulos, la uretra se encuentra extra-abdominal con disminución o ausencia de la presión intrauretral proximal adecuada para la continencia y se sucede la emisión de la orina en forma involuntaria al esfuerzo, esto dependerá de las alteraciones anatómicas que la condicionen. (2, 3, 8, 12, 15, 16)

Una de las pruebas para confirmar este fenómeno es la de Bonney Read Marchetti, consistiendo en colocar a la uretra en su posición normal intraabdominal sin compresión de la misma, así eliminando la pérdida involuntaria de orina al esfuerzo, al corregirse la presión de los dos tercios proximales de la uretra en relación a la presión intravesical.

Debemos mencionar, ya que ha sido objeto de controversia los estudios efectuados por Lápides, en los que relacionaba la longitud de la uretra con la incontinencia urinaria de urgencia. Se ha demostrado que la porción de la uretra intraabdominal varía de 1 a 2 cms. y en diversos estudios se han reportado las dimensiones de la uretra de pacientes que cursan con incontinencia urinaria de esfuerzo y grupos controles, sin haber hallado evidencia significativa entre ellos. (11, 12, 13, 14, 21)

Existiendo clasificaciones tanto clínicas como radiológicas para unificar criterios será necesario partir de clasificaciones que nos permitan de una manera uniforme ubicar la patología que se analiza.

En la clasificación clínica de las alteraciones anatómicas, se toma en consideración el descenso vesical fundamentalmente por la presencia del plano anterior de la vagina y su grado de prolapso:

#### CISTOCELE

- GRADO I Se caracteriza por el descenso de la pared anterior de la vagina, sin llegar a nivel del introito.
- GRADO II Es el descenso de la pared anterior de la vagina a nivel del introito sin llegar a rebasarlo.
- GRADO III Es el descenso de la pared anterior de la vagina, que rebasa al introito y protruye a través de la vulva.

Al alterarse las estructuras anatómicas de suspensión y contención, las que se detectan como alteraciones en la estática pelvigenital, con la consecuente pérdida de los ángulos uretro vesical posterior y de inclinación uretral, en donde se presenta la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Sin embargo, es notable que grandes trastornos de la estática del piso pélvico, no siempre se asocian a la pérdida de orina al esfuerzo, esto confirma la presencia de otros factores causales, ya que sucede a la inversa, pobres alteraciones de la estática pélvica presentan sintomatología muy aparente. (15) Es por esto que tendremos que recurrir a otros métodos paraclínicos como es el uretrocistograma de cadena de Hodgkinson, el cual será de gran utilidad para clasificar la pérdida de los ángulos vesicales y darnos un diagnóstico de mayor certeza y contar con un elemento más en la investigación diagnóstica. Desde el punto de vista radiológico tenemos la clasificación de Green, apoyándose en la experiencia de Bailey, y que se basa en el tipo de alteraciones de los ángulos vesicales demostradas a través de la uretrocistografía y que comprenden:

- |         |  |
|---------|--|
| TIPO I  | Pérdida del ángulo uretro vesical posterior, conservando el ángulo del eje uretral ó de inclinación uretral.                       |
| TIPO II | Es la pérdida de ambos ángulos, representando la falla de elementos de sostén del cuello vesical y de la uretra. (7, 8, 9, 12, 21) |

Agrega Green, que esta clasificación no solo es diagnóstica, sino que es de importancia en la decisión de la terapéutica a efectuarse, así recomienda que en caso de uretrocistograma Tipo I la vía de resolución debe ser vaginal primordialmente. Refiere en sus trabajos que el Tipo I en ausencia de alteraciones de la estática pelvigental, la vía de resolución es suprapúbica.

El tipo II, que por el mayor desplazamiento y la pérdida de los elementos de sostén del cuello vesical, uretra y vejiga; y por consiguiente la pérdida de ambos ángulos; esto es indicativo de la uretrocistopexia del tipo de Marshall Marchetti Krantz. También se puede efectuar cirugía combinada en casos tipo II, con alteraciones importantes del piso pélvico que lo indiquen. Debemos aclarar que es punto de controversia para otros autores. (21)

### METODOS DE DIAGNOSTICO

En todo padecimiento es conveniente contar con una metodología de estudio, de estas pacientes:

- 1) HISTORIA CLINICA COMPLETA: Con atención a antecedentes de patologías sistémicas agregadas, que pudieran condicionar un cuadro semejante, antecedentes Gineco-obstétricos, padecimientos Urológicos que precedieron al cuadro, detallando la pérdida involuntaria de orina durante el esfuerzo y el tipo de esta. Exploración Ginecológica adecuada y cuidadosa, valorando las alteraciones de la estática pelvigental, la tonicidad de los haces musculares en especial, los pubococcygeos y el elevador del ano,

la observación de la pérdida de orina de esfuerzo, con la paciente en posición de litotomía y de pie; la práctica de la prueba de Bonney Read Marchetti.

- 2) ANALISIS DE LABORATORIO: Biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, incluyendo urocultivo y estudio de secreciones genitales con antiblograma y finalmente citología cervico-vaginal.
- 3) URETROCISTOGRAMA: En casos de ausencia de trastornos de la estática pelvigental o recidiva a cirugía; por el método de - - - Hodgkinson, que se basa ó consiste en la introducción de una pequeña cadena a la vejiga, por medio de una sonda de Nelaton inyectando un medio radio opaco ( Solución de acetriazoato de Sodio al 30%), y la toma de placa lateral, en posición erecta y en reposo.
- 4) ESTUDIO UROLOGICO: Comprende en la medición de la longitud y el calibre uretral, orina residual, valoración clínica del ángulo de la uretra, en posición erecta y en reposo.
- 5) ESTUDIOS CISTOMETRICOS: Que se llevan a cabo solo en caso de duda diagnóstica, y solicitando la opinión del servicio de Urología. (Descartando patología que pueda asociarse o simular un cuadro de incontinencia urinaria de esfuerzo ó mixta).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La incontinencia urinaria de esfuerzo puede ser simulada por varias entidades clínicas, de aquí que es importante elaborar un diagnóstico certero, pues el tratamiento difiere en forma substancial.

Así, una forma clínica de incontinencia urinaria llamada de urgencia, que se manifiesta frecuentemente por uretrotrigonitis, uretritis ó -cistitis; la uretrotrigonitis puede acompañar en forma eventual a la incontinencia urinaria de esfuerzo con alteraciones de la estática -pelvigenital.

Tenemos también lesiones intrínsecas a la vejiga y uretra, en estos casos la sintomatología, se caracteriza por polaquiuria, disuria y -tenesmo vesical; agregando el proceso inflamatorio inespecífico del tracto urinario bajo, la menopausia por las alteraciones tróficas -propias del hipoestrogenismo. Es frecuente que la paciente que presenta cuadros de incontinencia urinaria de esfuerzo, se hace evidente en forma de urgencia en periodos de stress ó alteraciones emocionales más o menos importantes, teniendo en cuenta el descartar patología Psicosomática. Dentro del diagnóstico diferencial no debemos olvidar las alteraciones a nivel del sistema nervioso. (6, 12, 16, 18) Neuropatías vesicales, por lesiones a nivel del sistema nervioso central o periférico, relacionado con la diabetes mellitus del adulto; llevándose a cabo la exploración a nivel de L-5 a S-4 ó le-siones como la esclerosis múltiple. (6, 13, 18)

INDICACIONES DEL MARSHALL MARCHETTI KRANTZ

- 1) Recidiva ó fracaso de la técnica vfa vaginal.
- 2) Casos clasificados por uretrocistograma tipo I, en ausencia de alteraciones de la estática pelvigenital.
- 3) Casos de Uretrocistograma tipo II.
- 4) Cuando se asocien alteraciones de la estática pelvigenital y patología Ginecológica que indique cirugía abdominal, se emplea tratamiento quirúrgico combinado. (6, 9, 13, 22)

MARSHALL MARCHETTI KRANTZ

En 1949, Marshall Marchetti Krantz, publicaron por primera vez, la descripción de una técnica para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, que consistía en una suspensión simple vesico-uretral, por vfa suprapúbica. (9, 17, 19, 23) Es una técnica fácil, excepto en pacientes obesas ó que presenten una gran angulación de la cara posterior del púbis, por la dificultad de visualizar el espacio de Retzius y el periuretral, para la colocación de los puntos de uretrocistopexia. Algunos autores han publicado artículos describiendo modificaciones a la técnica para facilitar la exposición del espacio de Retzius. (20)

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio retrospectivo que comprendió desde Enero de 1978 a Agosto de 1979, revisando un total de 562 expedientes de pacientes que ingresaron a esta unidad con el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, y que fueron sometidas a diversos procedimientos quirúrgicos, como método terapéutico; a 36 pacientes de

este grupo se les efectuó la uretrocistopexia de Marshall Marchetti Krantz, lo que representa un 6.4% sobre el total de los casos.

Tomando como parámetros la edad, gestaciones, paridad, distocias, menopausia, patología sistémica agregada, cirugía previa, exámenes básicos en todos los casos; así como urocultivo y estudio de secreciones genitales.

A 15 pacientes se sometieron a uretrocistograma con cadena con la técnica de Hodgkinson, y se clasificaron de acuerdo a Green, solo a una paciente se le practicó como estudio de control postoperatorio.

La valoración Urológica se solicitó en 11 casos que presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo sin alteraciones clínicas de la estática pelvigénital, 6 con datos sugestivos de incontinencia urinaria de tipo mixto, y los casos que tenían antecedente de cirugía previa como terapéutica de esta misma entidad patológica; los estudios practicados a este grupo de pacientes consistieron en la clasificación del grado de uretrocistócele, calibre uretral, valoración clínica del ángulo uretral, orina residual, y cistoscopia.

Además se investigó el tipo de cirugía agregada durante el acto operatorio; el material de sutura que se empleó (Catgut Crómico atraumático del No. 1), así como los accidentes e incidentes transoperatorios y postoperatorios, que influyeran en el éxito de este procedimiento.

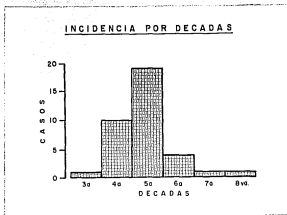


14)

## RESULTADOS

Describiremos, en resumen los datos importantes de consignar como resultado de la revisión de expedientes de este grupo de pacientes sometidas a la uretroclitopexia de Marshall Marchetti Krantz.

Como se muestra en la gráfica 1, la incidencia fué mayor en la quinta década de la vida, siendo el promedio de edad de 44 años.



G R A F I C A No.1

Se hace notar que la multiparidad es un factor predisponente. (Gráfica 2) La operatoria y el manejo obstétrico, durante el trabajo de parto, que indudablemente repercutieron en las estructuras del piso pélvico, así como el hipoestrogenismo.

15)

INCIDENCIA DE EMBARAZOS DEL GRUPO DE PACIENTES  
TRATADAS CON MARSHALL MARCHETTI KRANTZ



G R A F I C A No. 2

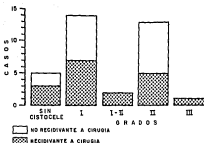
Se detectaron durante nuestra revisión obesidad ( 6 casos), enfermedad vascular hipertensiva crónica (4 casos), trastornos del metabolismo glúcido (2 casos), pielonefritis crónica ( 1 caso ).

De las 36 pacientes, 19 de ellas con antecedente de haber sido intervenidas con la técnica de plastía suburetral de Kelly.

Durante su control previo a la cirugía se clasificaron los grados de trastornos de la estática pelvigenital, concomitante a la pérdida - involuntaria de orina al esfuerzo, se reportaron, en 5 pacientes sin alteraciones de la estática pelvigenital, 15 pacientes cistócele grado I, 2 pacientes con grado I-II, en 13 grado II, y una grado III.

(Gráfica 3).

## GRADOS DE URETROCISTOCELE



G R A F I C A N O . 3

De los estudios mencionados en material y método todos los exámenes fueron dentro de la normalidad, a excepción de 7 cultivos de orina positivos y que se relacionaron clínicamente a infección de vías urinarias, tratándose adecuadamente hasta su negativización, tanto desde el punto de vista clínico como bacteriológico.

A las 15 pacientes que se les practicó uretrocistograma como metodología de estudio, 14 de ellas se reportaron como Tipo II y una como Tipo I, y el resultado del uretrocistograma de control postoperatorio, fué de ángulos dentro de la normalidad.

La valoración urológica mostró 5 enfermas con estenosis uretral asociada a infección de vías urinarias, 3 con estenosis uretral asociada a uretrotriginitis inespecífica, 2 con infección de vías urinarias.

En pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo que además presentaron patología ginecológica, se efectuó durante la cirugía, el abordaje del espacio de Retzius para la uretrocistopexia de Marshall

Marchetti Krantz, 23 de ellas se les practicó histerectomía total abdominal, a una histerectomía subtotal, tres salpingo-ooforectomía unilateral, una salpingectomía bilateral y por último a tres por salpingoclasia tipo Pomeroy.

Ya mencionamos en material y método, los requisitos para la elección de esta técnica, los cuales se reunieron en esta revisión de casos.

De las complicaciones transoperatorias referidas en los expedientes, solo se presentó hematuria importante en una de las intervenciones, por lesión uretral.

Las complicaciones postoperatorias que se presentaron, se observó como la más frecuente la infección de vías urinarias, corroboradas por urocultivo en 8 casos y de los cuales dos pacientes tenían el antecedente de infección de vías urinarias por clínica y urocultivo previo a la cirugía. Dehiscencia de herida quirúrgica, comprometiendo piel y tejido graso subcutáneo en tres casos ( dos de ellas - Pfannenstiel y otra media infraumbilical), una eventración en inserción tipo Pfannenstiel.

Durante el control a los 21 días postoperatorios, solo una paciente presentó recidiva a los 7 días, a la cual se sometió a valoración urológica, con diagnóstico de estenosis uretral; otra paciente presenta incontinencia urinaria a grandes esfuerzos a un año de la intervenerción, actualmente controlada por el servicio de Urología con el diag

18)

nóstico de uretrotrigonitis congestiva.

El control postoperatorio de las treinta y cuatro pacientes citadas a los veintidós días postquirúrgico, fué satisfactorio y se dieron de alta de la Unidad.

## C O N C L U S I O N E S

Estamos de acuerdo con la literatura revisada, en que la mayoría - de las pacientes se sometieron a los estudios que fueron los indicados, en la pérdida involuntaria de orina al esfuerzo.

Y que la vía quirúrgica primaria de elección en la incontinencia url naria de esfuerzo asociada a trastornos de la estática pelvigental, debe ser vaginal. Pero antes debe establecerse una norma de estudio con el objeto de efectuar un diagnóstico preciso de esta entidad nosológica y descartar patología infecciosa, inflamatoria crónica; vesical, uretral ó del triángulo, y no caer en el error, que como lo demuestra la gráfica 3, en un alto porcentaje de recidivas.

Sin embargo a las pacientes, a las que se consideraron candidatas para practicárseles la uretrocistopexia de Marshall Marchetti -- Krantz, tampoco se estudiaron exhaustivamente como lo determinan algunos centros especializados en este tipo de alteraciones.

Los resultados parecerían satisfactorios a corto plazo, pero nos parece que para tener la seguridad del beneficio, motivo por el - cual fué sometida la paciente a cirugía, debe existir un control a largo plazo preciso, para estar en posibilidad de una evaluación estadística, tanto de la técnica, como del motivo de la incontinen cia urinaria de esfuerzo. Pero sí por el contrario nuestros resull tados en este mismo periodo de tiempo fueran satisfactorios, -

tendríamos que admitir que aunque la metodología de estudio no es la ideal, es suficiente para la elección de las pacientes que se someterán a esta técnica operatoria.

Con los datos recabados en el presente trabajo y por el defecto de ser retrospectivo, analizamos expedientes cuyos datos en ocasiones son controvertibles, incompletos y confusos; por lo que se tendría que sugerir que las normas de estudio y manejo de nuestro Hospital sean aplicadas y comprendidas por todos los médicos tratantes, con el objeto de unificar criterios clínicos y paraclínicos suficientes para analizar, catalogar y verificar la patología y selección adecuada para la técnica operatoria de Marshall Marchetti Krantz.

Sugerimos que el control debe ser clínico, bacteriológico y de acuerdo a la evolución de las pacientes, radiológico, en periodos que podrían ser de 3, 6 y 12 meses.

Que se elabore un protocolo de investigación prospectivo, bajo condiciones de criterio uniforme, lo que nos dará la verdadera respuesta en relación a la situación del Marshall Marchetti Krantz en nuestro medio.

Para finalizar como lo mencionamos al inicio de este trabajo, el problema de la incontinencia urinaria de esfuerzo sigue en controversia universal, no debemos dejar de hacer hincapié, que una paciente entre mejor y más extensamente estudiada esté, el éxito podrá tener

mayor seguridad, de aquí que si la experiencia demuestra la necesidad de aparatos más específicos en el estudio de la función del árbol urinario, estos deban emplearse.

Concluimos que el Marshall Marchetti Krantz es un método adecuado cuyas indicaciones son precisas y su resultado es aparentemente satisfactorio; quizá recalcamos la necesidad de proceder a ubicar en el tiempo el procedimiento y rectificar ó ratificar en este lapso que -- nosotros pensamos debe ser a largo plazo, unificar la metodología -- para determinar la causa de la incontinencia urinaria de esfuerzo y ubicar con exactitud su indicación operatoria.



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

- 1.- Bates, C.P.; Loose, H.; Stanto, L.R.:  
The objective study of incontinence after repair operations.  
Surg. Obstet. Gynec. 136:17, 1973.
- 2.- Beck, R.P.; Thomas, E.A.; Maugham, G. B.:  
Surgical results in the treatment of pressure equalization  
stress incontinence.  
Am. J. Obstet. Gynec. 383-387, 1967.
- 3.- Beck, R.P.; Maugham, G.B.:  
Simultaneous intraurethral and intravesical pressure studies  
in normal women and those with stress incontinence.  
Am. J. Obstet. Gynec. 746-754, Jul. 1974.
- 4.- Burch, C.J.: Cooper's ligament urethrovesical suspension  
for stress incontinence.  
Am. J. Obstet. Gynec. 764-774, March, 1968.
- 5.- Crist, T.; Shingleton, H.M.; Roberson, W.E.:  
Urethro-vesical needle suspension. Postoperative loss of  
vesical neck support, demonstrated by chain cystography.  
Am. J. Obstet. Gynec. 34:489, 1969.
- 6.- Delgado, U.J.: Incontinencia urinaria de esfuerzo en la -  
mujer, rutina de estudio y tratamiento.  
Ginec. Obstet. Méx. 18:3, 1967.
- 7.- Delgado, U.J.; Castro, C.F.; Martínez, I.C.:  
Incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer.  
Ginec. Obstet. Méx. 215: 225, 1968.
- 8.- Delgado, U.J.; Pérez, U.C.; Ricaud, R.L.; Ramírez, S.E.:  
Incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer.  
Ginec. Obstet. Méx. 18:117, 1968.
- 9.- Delgado, U.J.; Uribe, E.R.; Castro, C.F.:  
Operación de Marshall Marchetti Krantz, en el tratamiento  
de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer.  
Ginec. Obstet. Méx. 31:159, 1972.
- 10.- Enhorning, G.: Cystourethrometry for evaluating bladder -  
and urethra function. Inter. J. Obstet. Gynec. 8-4:507, July,  
1970.

11. - Frewen, W.K.: Urgency incontinence. *Am. J. Obstet. Gynec. Br. Commonwealth*, 79:77, 1972.
12. - Green, T.H.: The problem of urinary stress incontinence in the female. *Obstet. Gynec. Survey*. 23:603, 1968.
13. - Green, T.H.: Urinary stress incontinence. Differential - diagnosis, pathophysiology, and management. *Am. J. Obstet. Gynec.* 368:400, June, 1975.
14. - Graber, E.A.: Stress incontinence in Women. A review. *Obstet. Gynec. Survey*. 32:565, 1977.
15. - Hodgkinson, C.P.: Stress incontinence urinary. *Am. J. Obstet. Gynec.* 108:1141, 1970.
16. - Jeffcoate, T.N.A.; Roberts, H.: Observations on stress incontinence of urine. *Am. J. Obstet. Gynec.* 64:721, 1952.
17. - Kaser, O.; Iklé, F.A.; Hirsch, H.A.: Operaciones en caso de incontinencia urinaria de esfuerzo. *Atlas de operaciones ginecológicas*. 545-562, 1973.
18. - Marshall, J.R.; Judd, G.E.: Gufa para el tratamiento - de mujeres con síntomas, en vías urinarias bajas. *Clin. Obstet. Gynec.* 19:44, Junio, 1976.
19. - Marshall, V.F.; Marchetti, A.; Krantz, K.E.: Correction of stress incontinence by simple vesico urethral suspension. *Surg. Obstet. Gynec.* 2:589, 1949.
20. - Mc Causland, A.M.; Langmade, C.F.: A helpful addition to the Marshall Marchetti Krantz operation. *Am. J. Obstet. Gynec.* 112:759, 1972.
21. - Méndez, G.J.; López, O.E.; Oseguera, P.J.; Juárez, O. H.: Análisis de 1,083 uretrocistogramas con cadena. *Ginec. Obstet. Méx.* 44:262, Agosto. 1978.
22. - Riba, R.P.; Thomas, E.A.; Maugham, G.B.: Treatment of stress incontinence by Marshall Marchetty Krantz procedure. *Am. J. Obstet. Gynec.* 1847, Dic. 1962.
23. - Uilery, J.S.: Stress incontinence in the female. *New York Gruvie and stratton*, 1953.