

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA MUJER ESTUDIO RADIOLOGICO

Trabajo presentado al VIII CONGRESO COLOMBIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. — Manizales, Diciembre de 1969.

*Dr. Jorge E. Medina Murillo**

*Dra. Lucely Corrales de Mesa***

La incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer ha sido un tema de interés científico para ginecólogos, urólogos, anatomistas y muchos otros investigadores que a través de los años han producido grandes contribuciones para la comprensión de este intrincado problema. En 1949 Muellner y Fleischner (9) estudiaron los fenómenos que actúan en la micción por medio de fluoroscopia y encontraron un complejo mecanismo en el cual intervienen diferentes factores como la presión intra-abdominal, la relajación del piso pélvico, la contracción del músculo detrusor, etc. En 1950 Ball (1) y Jeffcoate y Roberts en 1952 (6) mencionan la importancia del ángulo posterior de la uretra con relación a la vejiga. En 1953 Hadgkinson (3) describe el uretrocistograma utilizando una cadena metálica en la uretra. Estudios más recientes y perfeccionados utilizando cine-radiografía (7) han confirmado el descenso de la base de la vejiga y los cambios anatómicos en las relaciones de la uretra durante la micción como también en casos de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Green (2) teniendo en cuenta estos estudios utiliza el uretrocistograma como procedimiento fundamental en el manejo de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo y lo clasifica en dos grupos o tipos según el grado de distorsión anatómica que presente la uretra. En su estudio, él demuestra claramente la importancia de estos cambios radiológicos para seleccionar la forma de tratamiento y considerar su pronóstico. Hucht (5) en investigaciones recientes demuestra en forma muy clara la anatomía y fisiología de la micción dándole mucha importancia a la por él llamada "placa basal", factores todos estos que se pueden demostrar muy bien por métodos radiológicos.

En Colombia en los últimos años se ha dado importancia capital a este problema, hasta considerarlo como uno de los temas de mayor interés para este Congreso.

* Profesor Auxiliar de Ginec. y Obst. Universidad Javeriana.

** Residente II de Ginec. y Obst. Hospital Universitario San Ignacio.

Conscientes nosotros de lo complejo que es el estudio de pacientes que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo, hemos creado desde enero de 1966 una consulta especial dedicada exclusivamente a ver a las pacientes con esta queja con el fin de estudiarlas en forma lo más sistemática posible. El objetivo principal de nuestra investigación clínica lo ciframos en dos puntos de importancia práctica para nosotros:

A - Estudiar en nuestro medio la utilidad del uretrocistograma desde los siguientes ángulos:

1. Facilidades técnicas para su empleo, y
2. Utilidad en el diagnóstico y pronóstico de pacientes que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo.

B - Determinar la efectividad de los diversos tratamientos quirúrgicos empleados por nosotros.

Nuestros objetivos no son muy ambiciosos en el sentido de querer descubrir algo nuevo, simplemente pre-

tendemos presentar con toda sencillez nuestra experiencia en el manejo de este apasionante problema, utilizando métodos simples, de fácil aplicación que puedan ser empleados en la mayoría de nuestros centros hospitalarios.

Material y Métodos

Desde Enero de 1966 hasta el 31 de Diciembre de 1968 fecha de cierre del segmento estadístico para esta presentación se registraron en la Consulta de Incontinencia Urinaria 217 pacientes referidas en su mayoría de la consulta de ginecología por presentar como queja importante "Salida involuntaria de orina al esfuerzo". En el Cuadro N° 1 presentamos la metodología seguida en el estudio de estas pacientes (4).

Para incluir en nuestro estudio una paciente era necesario que presentara incontinencia urinaria de esfuerzo, (IUE), la cual definimos como "salida involuntaria de orina al hacer esfuerzos que aumentan la presión intra-abdominal como toser,

CUADRO N° 1

METODOLOGIA PARA EL ESTUDIO DE PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO — IUE

-
- 1 — Historia clínica detallada con respecto a la incontinencia de orina:
 - 1 — Tiempo y forma de aparición.
 - 2 — Características (permanente, esfuerzo, urgencia, etc.).
 - 3 — Edad y número de embarazos.
 - 4 — Historia de tos crónica, diabetes, traumatismos, etc.
 - 2 — Examen físico:
 - Presencia de uretrocele, cistocèle, rectocèle, desgarros perineales.
 - Tumores pélvicos o abdominales.
 - 3 — Residuo vesical, capacidad vesical y prueba de esfuerzo con la vejiga llena para demostrar la incontinencia (en posición de litotomía y de pie).
 - Prueba de Elevación de la uretra (Bonney, Marchetti).
 - 4 — Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma.
 - 5 — Cistoscopia.
 - 6 — URETROCISTOGRAMA.
-

reirse. estornudar, etc.; datos obtenidos por cuidadoso análisis de los síntomas referidos por la paciente y confirmados objetivamente al hacer la prueba del esfuerzo con la vejiga llena".

En 42 de las 217 pacientes registradas en la consulta no se comprobó la incontinencia urinaria de esfuerzo. De estas 42, 21 tenían infección urinaria comprobada por urocultivo positivo. De las 175 pacientes en que se comprobó la IUE (incontinencia urinaria de esfuerzo) en la visita inicial, 76 no continuaron en el programa y hasta el día 31 de diciembre de 1968 se había completado el estudio incluyendo Uretrocistograma en 99 pacientes. Hasta esa fecha (Dic. 31 de 1968), 53 pacientes habían recibido tratamiento quirúrgico y ellas constituyen el universo de esta presentación.

La edad de estas pacientes varió entre 25 y 68 años, estando la mayoría entre 40 y 50 años. La paridad entre 0 y 14, encontrándose 2 pacientes nulíparas, 6 con un solo embarazo, 4 con dos, y el resto con más de tres embarazos. Tres pacientes presentaban IUE de menos de un año de evolución, 26 de 1 a 5 años, y 24 de más de 5 años de evolución.

Sólo 2 pacientes presentaban cistouretroceles grado III, 9 uretrocele grado I con mínimo grado de cistocele, 26 presentaban uretrocele y cistocele grado II y 14 uretrocistocele grado I.

Al revisar las historias se encontró que sólo 47 pacientes tenían urocultivos, de los cuales 25 los clasificamos como positivos (más de 10.000 colonias por cc.) y 22 como negativos. A 46 pacientes se les practicó cistoscopia encontrándose en 24, vejiga de aspecto normal, en 11 trabe-

culaciones, en 4 trigonitis y cistitis en 7 pacientes.

A las 53 pacientes se les practicó uretrocistograma pre-operatorio y hasta la fecha a 32 se les ha repetido después del tratamiento quirúrgico.

Como este trabajo está orientado a analizar el primer objetivo de nuestro estudio que es confirmar la utilidad práctica en nuestro medio del uretrocistograma, describiremos brevemente la técnica y la clasificación dadas por Green (2); la cual hemos seguido:

1. Se ordena a la paciente que desocupe la vejiga.

2. Se pasa un catéter de Nelaton calibre 14 a 20 con el fin de medir el residuo y de inyectar en la vejiga el medio de contraste, que en los casos nuestros ha sido 20 ml. de sol. al 50% de Hipaque disueltos en 150 ml. de solución salina fisiológica, lo cual consideramos suficiente para el estudio radiológico.

3. Utilizamos un catéter de Nelaton que ha sido seccionado en el sentido longitudinal a manera de canal para introducir una cadena de bolitas metálicas. Se retira el catéter dejando buena parte de la cadena en la vejiga y fijando con esparadrapo la porción que queda fuera de la uretra al muslo, con el fin de prevenir que inadvertidamente se introduzca toda la cadena en la vejiga.

4. Utilizando las técnicas usuales de Rayos X se toman proyecciones A-P y laterales en reno y haciendo pujar a la paciente para ver radiológicamente los cambios que el esfuerzo ocasiona. Las placas laterales quizás son las más importantes.

En el uretrocistograma considerado como normal debe existir un án-

gulo entre una vertical imaginaria que pase por la sínfisis del pubis y el eje de la uretra no mayor de 45 grados por un lado, y el ángulo uretro-vesical posterior debe ser de aproximadamente 90 grados. En el tipo I se encuentra conservado el eje de la uretra pero al ángulo uretro-vesical posterior es mayor de 110 grados, llegando con frecuencia a 180 gra-

dos. En el tipo II el ángulo anterior de la uretra es de más de 50 grados, llegando por lo general acerca de 90 grados y el ángulo uretro-vesical posterior está lógicamente perdido. La Figura N° 1 muestra claramente la relación anatómica normal y los cambios descritos por Green para clasificar en Tipo I y Tipo II los uretrocistogramas (2).

URETROCISTOGRAMA

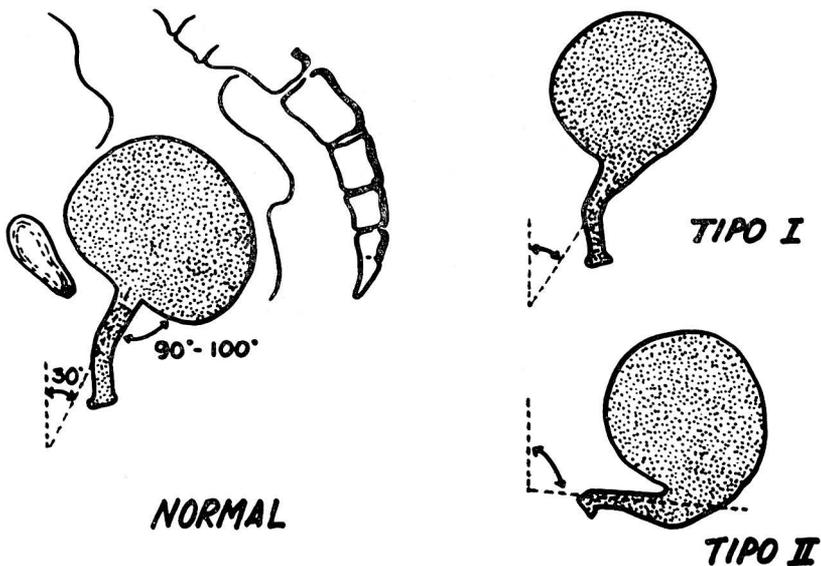


FIGURA N° 1

Para el tratamiento quirúrgico se seleccionaron las pacientes que presentaban IUE severa comprobada al examen físico con la prueba de esfuerzo y el test de elevación de la uretra sin tener en cuenta el tipo de uretrocistograma para poder valorar en forma imparcial al final la utilidad de éste.

Los procedimientos quirúrgicos empleados fueron en términos generales de dos tipos:

A - Corrección del defecto anatómico por vía vaginal, siguiendo la técnica de Kelly-Kennedy, haciendo perineorrafia posterior en la inmensa mayoría de los casos e hysterectomía vaginal siempre que ésta estuviera indicada.

B - Uretrocistopexia o corrección del defecto anatómico por vía suprapúbica, siguiendo la técnica de Marshall, Marchetti y Krantz (8) como procedimiento único, o asociado a ci-

rugía abdominal en casos en que se requería practicar histerectomía o corrección de hernia inguinal, etc.

El criterio para decidir el tratamiento A o B fue únicamente clínico de acuerdo con la necesidad de practicar cirugía vaginal por presentar la paciente prolapso genital o presentar indicaciones de cirugía abdominal como fibromatosis uterina. También se utilizó la técnica B en pacientes que presentaban contraindicaciones para la cirugía vaginal, o que habían tenido cirugía vaginal previa y la incontinencia no había sido curada o había aparecido después de dicha cirugía.

El criterio de curación clínica lo basamos en la ausencia completa de IUE comprobada al examen físico con la vejiga llena practicando la prueba de esfuerzo en un lapso no inferior

a seis meses después de la intervención quirúrgica.

Resultados

De los 53 uretrocistogramas practicados antes del tratamiento quirúrgico 1 se clasificó como normal, 18 de tipo I y 34 de tipo II. En la Tabla Nº 1 se analiza la relación de los resultados clínicos con el uretrocistograma pre-operatorio. De un total de 18 pacientes con uretrocistograma tipo I, 11 se trataron por vía vaginal y 7 por vía suprapúbica. De las 11 tratadas por vía vaginal 7 se han perdido de vista o el control ha sido inadecuado, 1 está curada y 3 han presentado recurrencia. De las 7 tratadas por vía suprapúbica 4 están completamente curadas, 1 no respondió al tratamiento y 2 no han vuelto a control.

TABLA Nº 1
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ACUERDO
CON EL URETROCISTOGRAMA PRE-OPERATORIO

	Vaginal	Suprapúbico	Total
Tipo I	11	7	18
Curación	1	4	5
Fracaso	3	1	4
Sin control	7	2	9
Tipo II	21	13	34
Curación	—	7	10
Fracaso	—	3	12
Sin control	9	3	12

En el grupo de pacientes con uretrocistograma pre-operatorio tipo II hubo un total de 34 pacientes: por vía vaginal se trataron 21, 9 sin control post-operatorio hasta la fecha, de las 12 controladas 3 están curadas, y 9 las consideramos como fracaso; de las 13 tratadas por vía suprapúbica, 3 no se han controlado, 7 están libres de síntomas y 3 han presentado recurrencia de éstos.

Al hacer el análisis estadístico en pacientes con uretrocistograma Tipo I se encontró limitado el número de pacientes y estadísticamente no hubo diferencia significativa entre la vía vaginal y la suprapúbica. Por el contrario, al analizar el grupo de pacientes con uretrocistograma Tipo II y comparar los resultados del tratamiento quirúrgico encontramos diferencia estadísticamente significativa

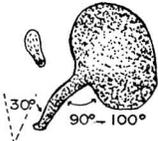
en favor de la uretrocistopexia por vía suprapúbica.

(Chi cuadrado - confiabilidad mayor del 95%).

Hasta la fecha a 32 pacientes se les ha practicado uretrocistograma de control post-operatorio: 16 han sido tratadas por vía vaginal y 16 suprapúbica. En la Tabla N° 2 se presen-

tan los resultados del tratamiento quirúrgico con relación al uretrocistograma pre y post-operatorio. En el grupo tratado por vía vaginal 11 pacientes tenían uretrocistograma Tipo I y 21 Tipo II. De las 16 con uretrocistograma post-operatorio 4 presentaron uretrocistograma normal, 6 de tipo I y 6 de tipo II. Al analizar estos datos no les encontramos significación estadística.

TABLA N° 2
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO CON RELACION AL URETROCISTOGRAMA PRE Y POST-OPERATORIO

TRATAMIENTO	URETROCISTOGRAMA	Normal	Tipo I	Tipo II
				
VAGINAL	PRE-OPERATORIO		11	21
	POST-OPERATORIO	4	6	6
SUPRAPUBICO	PRE-OPERATORIO	1	7	13
	POST-OPERATORIO	13	2	1

En el grupo sometido a tratamiento por vía suprapúbica 1 paciente presentaba uretrocistograma normal antes del tratamiento, 7 de tipo I y 13 de tipo II. A 16 se les practicó estudio radiológico de control post-operatorio encontrando que 13 presentaban uretrocistograma normal, 2 de tipo I y solamente en una paciente persistió el tipo II. Al hacer el análisis estadístico la prueba del Chi cuadrado reveló que estas cifras eran altamente significativas (Chi cuadrado = confiabilidad mayor del 99%).

De las pacientes tratadas por vía vaginal, 14 han sido controladas por más de dos años, 4 de ellas habían mejorado después de la cirugía y volvieron a presentar incontinencia, las 4 presentaban uretrocistogramas post-operatorio de tipo I o de tipo II. De las pacientes a quienes se les practicó operación por vía suprapúbica 11 han sido controladas por más de dos años. Hubo relación entre la respuesta clínica y el uretrocistograma post-operatorio en todos los casos, salvo dos excepciones: una paciente pre-

sentaba uretrocistograma preoperatorio normal el postoperatorio continuó normal pero la incontinenencia persistió; la otra paciente presenta uretrocistograma post-operatorio clasificado como normal pero no típico de este tipo de corrección quirúrgica en que debe haber una inversión del eje de la uretra, aunque esta paciente mejoró temporalmente, después de seis meses volvió a presentar incontinenencia de orina al esfuerzo.

Discusión

En un estudio de esta naturaleza es fundamental un seguimiento adecuado de las pacientes por un período largo de tiempo, ojalá de más de dos años. Desafortunadamente, lograr esto es una empresa titánica en la mayoría de nuestros hospitales, debido a multitud de factores, entre los que podemos mencionar la idiosincrasia misma de nuestras pacientes que una vez curadas no ven la importancia de volver a control, o por el contrario, si no han sido curadas prefieren recurrir a otra institución en busca de ayuda; a esto se agrega el sacrificio que representa para personas de limitados recursos económicos cubrir aunque sea parcialmente el costo que un estudio de estos involucra. Es en estas circunstancias muy difícil obtener de las pacientes la colaboración necesaria para un adecuado seguimiento. Todos estos factores los debemos tener presentes al planear un estudio de esta clase, para no hacer cálculos muy optimistas y tener, a pesar de los contratiempos que puedan sobrevenir, la paciencia necesaria para perseverar y lograr el fin perseguido al cabo del tiempo.

En nuestro caso las cifras hablan por sí solas: de 217 pacientes registradas en un período de tres años en la consulta de IUE, 42 no presen-

taban incontinenencia, de las 175 con IUE 76 no volvieron a la segunda cita, de las 99 estudiadas completamente sólo a 53 se les había hasta esa fecha practicado tratamiento quirúrgico y de esas 53 sólo a 32 se les ha podido seguir controlando después del tratamiento en forma adecuada para este estudio. Sinembargo nuestro entusiasmo no ha decaído y esperamos en el curso de unos años tener un considerable número de casos estudiados para presentar el análisis de los diferentes tipos de tratamientos. Por hoy nos limitamos a analizar solo un aspecto de nuestros objetivos con un número de casos que aunque reducido, los hemos seguido y estudiado cuidadosamente para hacer algunos comentarios que creemos importantes en esta materia.

Consideramos que no se puede establecer el diagnóstico acertado de IUE en base de la historia clínica sola, sino que la comprobación objetiva haciendo la prueba de esfuerzo con la vejiga llena es un procedimiento indispensable para tal fin. Esto lo confirmamos en 42 de nuestras pacientes cuando al hacer la prueba de esfuerzo no se comprobó la IUE. También consideramos de vital importancia para valorar de manera correcta el tratamiento quirúrgico, comprobar objetivamente en la misma forma la desaparición o persistencia de la incontinenencia, porque como pudimos observar en varios de nuestros casos las pacientes subjetivamente habían mejorado sus síntomas y al examinarlas la incontinenencia persistía.

Un factor aún más importante en el manejo de estas pacientes es el criterio para determinar el tipo de tratamiento que se les va a practicar, porque como lo vemos en nuestros casos, que están de acuerdo con los

estudios de Green, este no se debe elegir simplemente en base del criterio clínico, sino que además, el estudio radiológico nos demuestra muy claramente como hay una diferencia estadísticamente significativa en el pronóstico de las pacientes que presentaban uretrocistograma Tipo I y las que presentaban uretrocistograma Tipo II.

En nuestro departamento no tuvimos en cuenta el tipo de uretrocistograma para elegir la modalidad de tratamiento y al analizar los resultados vemos como es estadísticamente

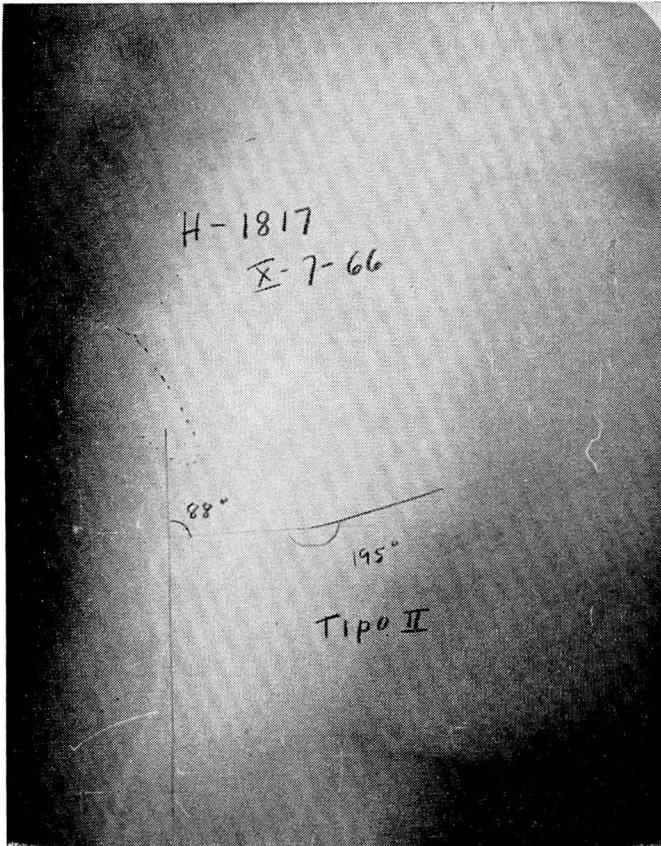
significativo el hecho de que en las pacientes que presentaban uretrocistograma tipo II se corregía la IUE en un porcentaje superior cuando se utilizaba la uretrocistopexia por vía suprapúbica y como no había diferencia significativa entre la vía vaginal y la suprapúbica cuando el uretrocistograma era de tipo I.

El control radiológico post-operatorio lo consideramos indispensable en el seguimiento para determinar el pronóstico, porque si no hay corrección radiológica del defecto anatómico, aunque la paciente acuse desapa-

FIGURA Nº 2



FIGURA Nº 3



rición de la incontinencia, es probable que con el tiempo ésta vuelva a presentarse; por el contrario, si el uretrocistograma post-operatorio es normal, esto demuestra que hubo una corrección anatómica adecuada de los factores que intervienen en la IUE y las posibilidades de recurrencia son muchísim omenores.

De las pacientes tratadas por vía vaginal 14 han sido controladas por más de dos años, 4 de ellas habían mejorado después de la cirugía y

posteriormente volvieron a presentar incontinencia, las 4 presentaban uretrocistogramas post-operatorio tipo I o tipo II. Cuando se practica la uretrocistopexia del uretrocistograma post-operatorio muestra un ascenso marcado de la uretra con inversión del eje de ésta y disminución del ángulo uretro-vesical posterior a menos de 90 grados; si esta imagen radiológica característica no se obtiene, aunque el uretrocistograma se pueda clasificar como normal es probable que la incontinencia persista.

Los siguientes casos clínicos nos ilustran algunos de los puntos que hemos mencionado:

CASO N° 1. H. C. 16.752, paciente de 47 años G15 P14-0-1-14, a quien se le había practicado histerectomía vaginal y colpoperineorrafia 5 años antes ;desde la cirugía presentaba IUE. Al examen uretrocele grado I sin cistocele, uretrocistograma tipo I, se le practicaron dilataciones uretrales sin obtener mejoría, el 26 de Marzo de 1968 se le practicó uretrocistopexia. Uretrocistograma post-operatorio reportado como normal no es típico de esta operación; la paciente mejoró temporalmente, pero en Abril 8 de 1969 presentaba nuevamente incontinencia. - Figs. 2, 3, 4 y 5.

En la Figura N° 6 se presenta el esquema tomado del trabajo de Green (2) para explicar el mecanismo de producción de incontinencia urinaria de esfuerzo despsués de la corrección quirúrgica por vía vaginal de un cistocele grande si no se tiene en cuenta la corrección del uretrocele y lo que es más importante, la restauración del ángulo uretro-vesical posterior.

CASO N° 2. H. C. 26.389, paciente de 36 años, G4 P4-0-0-4 con historia de IUE severa de más de dos años de evolución. Cistouretro-

FIGURA N° 4

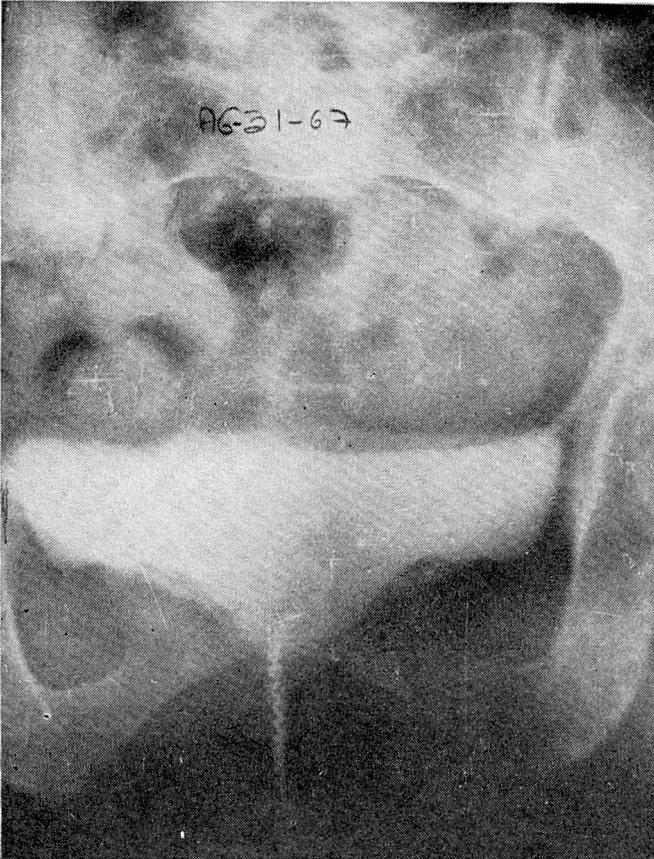
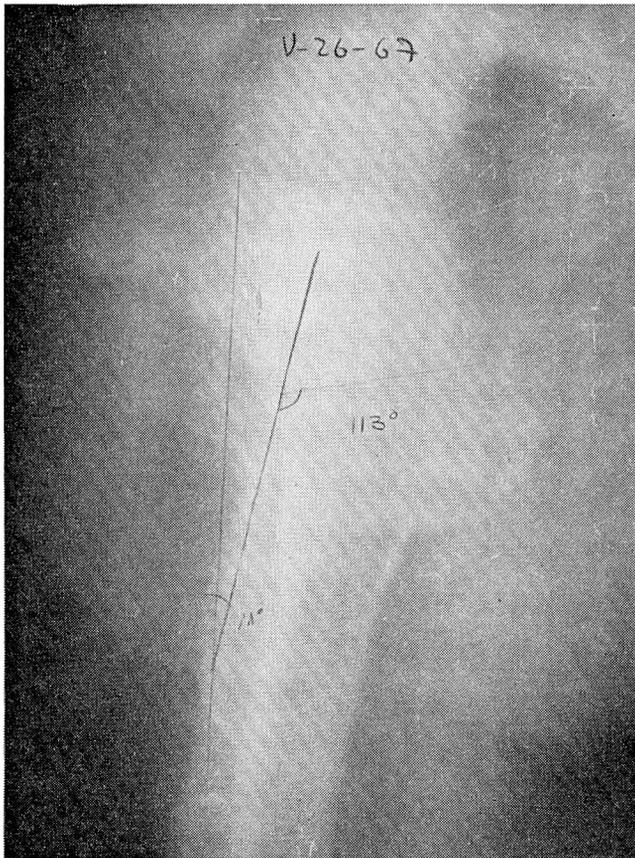


FIGURA Nº 5



cele grado II, rectocele I e histerocele I. Uretrocistograma tipo II. El 20 de Sept. de 1966 se le practica histerectomía vaginal y colpoperineorrafia. Abril 20/67, uretrocistograma normal; no ha vuelto a presentar incontinencia después de dos años de tratamiento. Fig. Nº 7.

CASO Nº 3. H. C. 15.425, paciente de 43 años G5 P2-0-3-2. IUE de más de cinco años de evolución. Histerectomía abdominal 10 años antes. Al examen cistouretrocele y rectocele grado II. Uretrocistograma tipo II. El día 2 de Mayo de 1966 se le practica colpoperineorrafia. Uretrocistograma post-operatorio persistió tipo II y desaparición de la incontinencia por un tiempo. Enero 23 de 1968 hay nuevamente evidencia de incontinencia. Fig. Nº 8.

CASO Nº 4. H. C. 23.682, paciente de 47 años. G3 P2-0-1-2, con historia de IUE de más

de cinco años de evolución. Cistouretrocele II rectocele I, presentaba además fibromatosis uterina. Uretrocistograma tipo II. El día 28 de Junio de 1966 se le practica histerectomía abdominal total y operación de Marshall-Marchetti. Nunca volvió a presentar IUE. Uretrocistograma post-operatorio característico de uretrocistopexia suprapúbica. Ultimo control Julio 29 de 1969. Fig. Nº 9.

CASO Nº 5. H. C. 22.137, paciente de 43 años. G1 P1-0-0-1. Con historia de IUE de más de dos años de evolución, habiendo sido tratada con dilataciones uretrales sin obtener mejoría. Uretrocistograma tipo II. El 26 de Octubre de 1966 se le practica uretrocistopexia, la paciente continúa presentando IUE y el uretrocistograma post-operatorio es de tipo I. El día 22 de Junio de 1967 se practica una reopera-

FIGURA N° 6

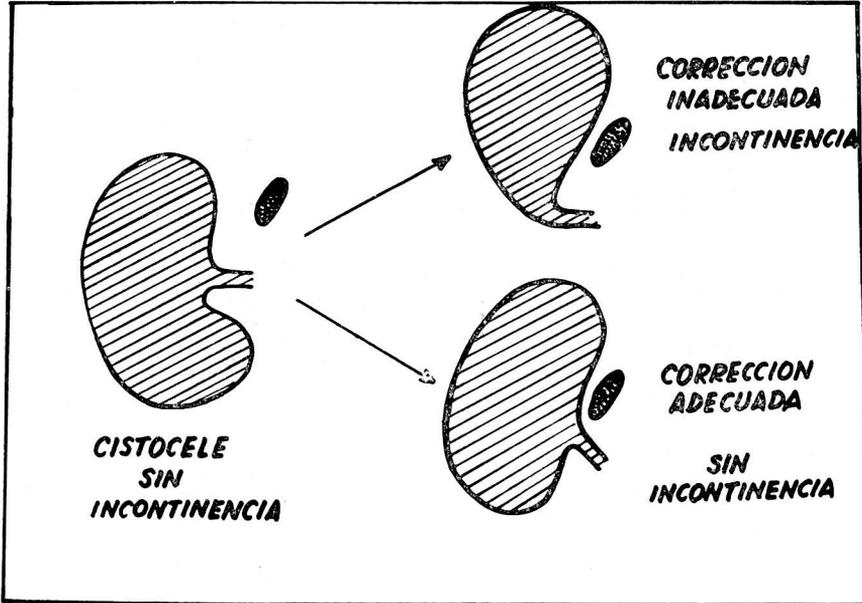
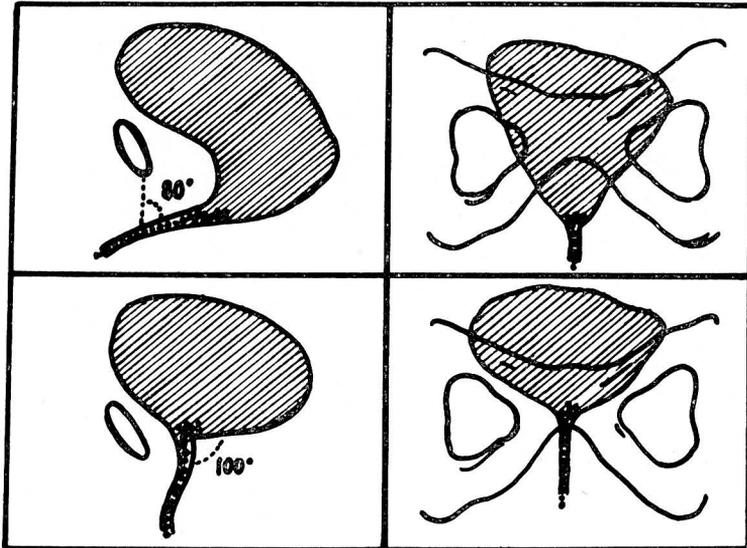


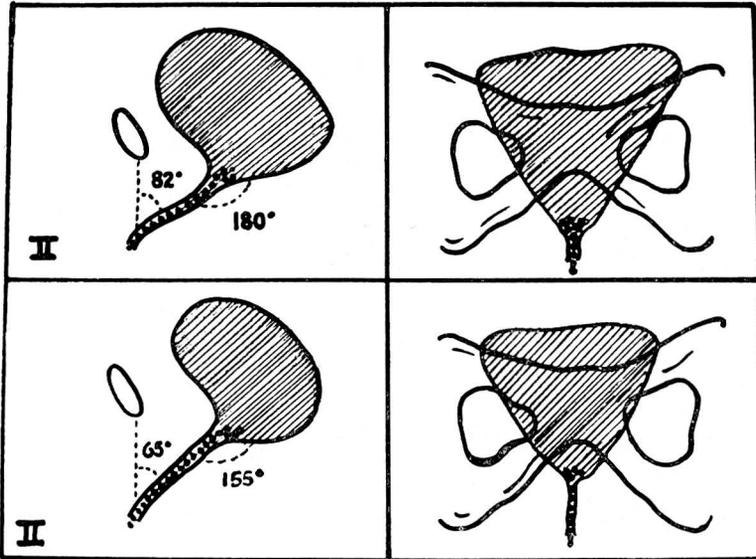
FIGURA N° 7



**OP. DE KELLY
BUEN RESULTADO**

G-1293

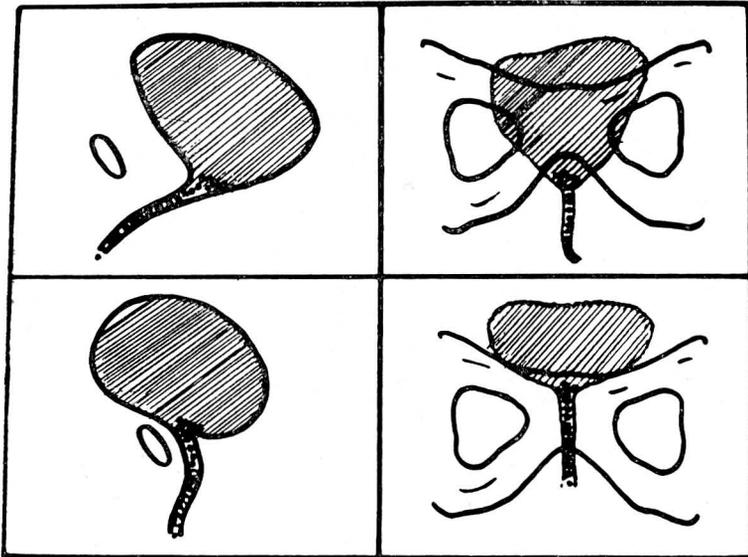
FIGURA Nº 8



KELLY
FRACASO

I-324

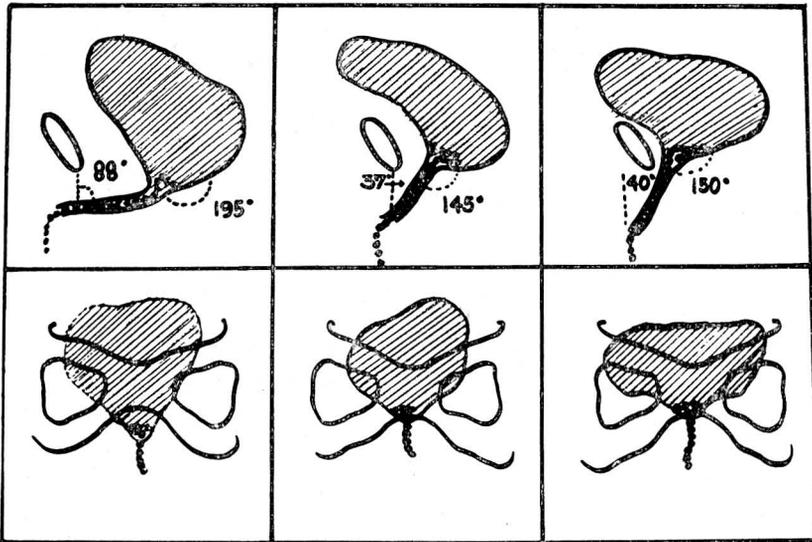
FIGURA Nº 9



MARSHALL · MARCHETTI
CURACION

H-999

FIGURA Nº 10



MARSHALL-MARCHETTI

H-1817

FRACASO

ción de Marshall-Marchetti. Agosto 17/67 no presenta incontinencia. Uretrocistograma de control es de tipo I (casi II). Enero 20 de 1968 presenta nuevamente IUE aunque menos severa. Fig. Nº 10.

Siguiendo las recomendaciones de Green (2) nos parece fundamental el uretrocistograma pre-operatorio para decidir el tipo de tratamiento, indicando la uretrocistopexia por vía suprapúbica para todos los casos de uretrocistograma tipo II. Si hay indicación para cirugía vaginal en estas pacientes, se recomienda el tratamiento combinado en un solo tiempo quirúrgico. Para pacientes que presentan uretrocistograma tipo I no importa la vía por la cual se aborde la corrección del defecto anatómico.

Conclusiones

1. El diagnóstico de IUE se debe confirmar objetivamente practicando

la prueba de esfuerzo con la vejiga llena.

2. El uretrocistograma se considera un valioso método paraclínico en el estudio de pacientes con IUE.

3. La clasificación propuesta por Green de tipo I y tipo II la encontramos de mucho valor práctico para la elección del tratamiento.

4. En pacientes que presentan uretrocistograma tipo I no encontramos diferencia significativa en la modalidad del tratamiento.

5. En pacientes con uretrocistograma tipo II encontramos que la uretrocistopexia por vía suprapúbica (operación de Marshall-Marchetti) es estadísticamente superior a la plastia vaginal (operación de Kelly-Kennedy).

6. El uretrocistograma post-operatorio lo consideramos importante para valorar el resultado de la cirugía y determinar el pronóstico.

Sumario

Se presentan 53 pacientes completamente estudiadas en la consulta de IUE (incontinencia urinaria de esfuerzo) del Hospital Universitario San Ignacio entre el 1º de Enero de 1966 y el 31 de Diciembre de 1968. 32 se trataron por vía vaginal y 21 por vía suprapúbica. Todas tienen uretrocistograma preo-operatorio y 32 tienen uretrocistograma de control post-operatorio. Se analiza el valor práctico de este método radiológico en el manejo de estas pacientes.

Summary

Fifty-three patients, with a complete work-up at the urinary stress incontinence clinic, at the Hospital Universitario San Ignacio, from January 1st, 1966 to December 31st., 1968, are reviewed. Thirty-two were treated vaginally and twenty-one by supra-pubic approach. They all have pre-operative urecystograms and thirty-two have post-operative control urecystograms. The practical value of this radiological method in these patients' treatment is analyzed.

Agradecimientos

Se agradece la valiosa colaboración en el estudio radiológico a los Dres.: Antonio Argüello, Eriberto Sanguino y Gastón Morillo. En el manejo clínico de las pacientes se agradece el interés de los Drs. Roberto Vergara, Víctor Rodríguez, Francisco Pardo, y demás miembros de la Unidad de Ginecología del Hospital Universi-

tario San Ignacio, (sin cuyo valioso concurso no se hubiera podido realizar este trabajo). Como también la colaboración del Dr. Guillermo Benavides en el análisis estadístico.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BALL, T. L. "Topographic uretrographic. Part. I". *Am. J. of Obst. & Gynec.* 59: 1243, 1950.
- 2 GREEN, T. H. Jr. "Development of a plan for the diagnosis and treatment of urinary stress incontinence". *Am. J. Obst. and Gynec.* 83: 632, 1962.
- 3 HODGKINSON, C. P. "Relationships of the Female urethra and the bladder in urinary stress incontinence". *Am. J. of Obst. & Gynec.* 65: 560, 1953.
- 4 HODGKINSON, C. P. "Urinary Stress Incontinence". "A program of Preoperative Investigation". *Clin. Obst. and Gynec.* 6: 154, 1963.
- 5 HUTCH, J. A. "A new theory of the Anatomy of the internal urinary sphincter and the Physiology of Micturation. V. The base plate and the Stress Incontinence". *Obst. and Gynec.* 30: 309, 1967.
- 6 JEFFCOATE, T. N. A., and ROBERTS, H. "Observations on Stress Incontinence of Urine". *Am. J. Obst. and Gynec.* 64: 721, 1952.
- 7 LUND, C. S., BENJAMIN, J. A., TRISTAN, T. A., FULLERTON, R. E., RAMSEY, G. H., and WATSON, J. S. "Cinefluoroscopic studies of the bladder and urethra in women. I. Urethrovesical relationships in voluntary and involuntary urination". *Am. J. Obst. and Gynec.* 74: 896, 1957.
- 8 MARSHALL, V. F., MARCHETTI, A. A., and KRANIS, K. E. "The correction of Stress Incontinence by a simple vesicourethral suspension". *Surg. Gynec. and Obst.* 88: 509, 1949.
- 9 MUELLNER, S. R. & FLEISCHNER, F. G. "Normal and abnormal Micturation; Study of bladder behavior by means of fluoroscope". *J. Urol.* 61: 233, 1949.