

INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO.

DIAGNOSTICO CLINICO

DR. ARTURO ACHARD
MONTEVIDEO - URUGUAY

El abordaje de este capítulo nos coloca en la posición de realizar un planteamiento muy preciso de las circunstancias clínicas en que la incontinencia urinaria puede aparecer para poder efectuar posteriormente un diagnóstico adecuado. Las etapas a recorrer deben ser:

- 1.—Una historia clínica muy precisa, que no sólo comprenda todos los antecedentes de orden general, sino lo particular relativo a la continencia urinaria.
- 2.—Un minucioso examen clínico realizado del punto de vista general ginecológico y urológico. Un estudio bacteriológico de las secreciones uretrales, vaginales y cervicales. Búsqueda de parásitos vaginales, uretrales y vesicales. Examen cito-bacteriológico de la orina. Cultivo de orina y estudio del sedimento.
- 3.—La utilización y valoración de los medios complementarios de diagnóstico: **citoscopia, urograma, uretro-cistografía, cinefluoroscopia miccional, uretrocistometría.**

Es evidente que la naturaleza de esta complicación exige del ginecólogo el estudio de estas pacientes con la eficaz colaboración del urólogo. Solo así podrán establecerse con precisión todos los elementos clínicos del proceso para una vez individualizados hacer de ellos la debida jerarquización que conduzca al diagnóstico definitivo.

La historia clínica debe ser realizada en etapas sucesivas pasando de lo general a lo particular.

Una cuidadosa anamnesis debe registrar los episodios de la niñez, las enfermeda-

des de esa época que puedan tener alguna relación con la actual patología que presenta la paciente.

Tiene importancia a este respecto establecer cómo se efectuaban las micciones en su niñez, y cuándo se estableció efectivamente la continencia urinaria. Si existía enuresis nocturna y en qué tiempo desapareció.

Importa también establecer qué relación existía entre su enuresis y los distintos estados emocionales, si ya en la niñez más avanzada y en la adolescencia en la época escolar existía facilidad para la salida fácil de orina con el esfuerzo sorpresivo.

Debe ser también establecido en la historia clínica la posibilidad de enfermedades médicas, quirúrgicas, neurológicas o psíquicas. Ciertos traumatismos importan también en la consideración del problema.

Resulta también de importancia consignar la historia ginecológica de la paciente y particularmente todo lo referente al episodio grávido-puerperal.

Desde la menarca a la menopausia, con todos los incidentes de la vida genital, deben ser consignados debidamente en el planteamiento del problema diagnóstico.

No debemos olvidar a este propósito que la dispareunia y el flujo, pueden ponernos en el camino de descubrir una micción imperiosa que se oculta bajo la máscara de una I.O.

Del mismo modo una historia de hiper o polimenorreas puede llevarnos a pensar en la existencia de una alteración hormonal, o de la existencia de un tumor genital que favorece o determina el cuadro de I.O.

En cuanto al episodio grávido-puerperal ya nos hemos referido a su importancia al estudiar la fisiopatología de este proceso. El desarrollo del embarazo normal o pa-

tológico, las alteraciones urinarias que puedan haber acontecido en el curso del mismo, el parto en su duración y desarrollo, importan considerablemente, así como dejar establecido si se utilizaron los recursos de la tocurgia y cuál fue el procedimiento empleado.

Afortunadamente, ya hemos superado la época del fórceps alto, y casi no se practican las versiones.

En cuanto al parto en podálica, también está condicionado, pues la primípara añosa ha pasado decididamente al dominio de la vía alta .

Esto condiciona menos traumatismo materno y fetal. Sin embargo no debe olvidarse consignar los partos de fetos grandes, los partos demasiado rápidos, o muy lentos en su último período, o aquellos en que el feto ubicado en variedades posteriores crea en su encaje y desprendimiento la posibilidad de favorecer la dislocación del complejo anatómico funcional de la micción.

En lo relativo al **aparato urinario** el interrogatorio debe ahondarse sobre eventuales procesos infecciosos o inflamatorios a ese nivel. Asimismo la posible existencia de pielitis o litiasis.

Importa también despistar la existencia de enfermedades médicas del árbol urinario, traumatismos o intervenciones realizadas a ese nivel.

Un estudio minucioso de cómo se ejerce la micción y sus trastornos, resulta fundamental en esta historia clínica.

Así consignaremos en qué momento se produjo la primera alteración miccional, cómo son las pérdidas de orinas - anotando la frecuencia, la cantidad y el ritmo.

Cómo es la micción, si es normal o difícil, demorada o intermitente.

Si existe dolor, cuál es su carácter; si existen irradiaciones del mismo, y si éste se acompaña de pérdida concomitante de orinas que pueden ser normales, sanguinolentas o purulentas.

Si existe independiente a las pérdidas de orina, micción voluntaria; qué influencia tiene en la pérdida de orina la posición acostada o de pie, y el esfuerzo moderado o intenso.

Debe señalarse también si existe polaquuria; ardor miccional o nicturia. Del punto de vista digestivo importa en especial el interrogatorio sobre la patología ano-rectal. La posible existencia de procesos hemorroidarios, máxime si se produjeron trombosis a ese nivel; señalar si hubo abscesos perineales o ano-rectales; las operaciones realizadas en esa zona deben ser también especialmente consignadas.

Respecto del **aparato respiratorio**, puede importar los antecedentes asmáticos o enfisematosos.

En el **aparato circulatorio** importan especialmente los trastornos periféricos que puedan haber determinado trombosis regionales; más excepcionalmente la hipoxia y cianosis de origen central.

A nivel de sistema nervioso deben investigarse los antecedentes de cefaleas; vértigos; lipotimias, y todo lo relativo a afecciones del neuroeje que puedan estar en la raíz del trastorno. Esto importa particularmente **cuando es preciso hacer el diagnóstico con las vejigas neurógenas.**

Respecto del sistema endocrino ya nos hemos referido a su importancia en el capítulo anterior. No obstante en el interrogatorio debe ponerse el acento en la búsqueda de posibles alteraciones hipofisarias, tiroideas, ováricas; o metabólicas en relación a la diabetes.

No debemos olvidar el interrogatorio que nos lleve a despistar posibles alteraciones psíquicas o de la conducta y del carácter de la paciente. Debe consignarse también lo relativo a su actitud sexual y sus posibles alteraciones.

Por último debe quedar establecido si ha existido traumatismos regionales que pue-

dan determinar lesiones del sistema ósteo-muscular.

Asimismo si la paciente ingiere drogas, hecho tan frecuente en la época actual, cuál es la naturaleza de ellas, en particular si se trata de anticolinérgicos o adrenérgicos que puedan ocasionar una actividad anormal del detrusor.

2.—Examen clínico

Debe constar esencialmente de dos etapas. La **primera** de orden general y sistémico para descartar en esta etapa todo lo que de acuerdo al interrogatorio pueda ponerlos en la vía de causas ajenas al problema ginecológico que pueda estar incidiendo formalmente como causa de su I.O.

Cumplida esta etapa pasamos a la segunda que es la realmente importante. Aquí el examen debe orientarse en dos aspectos **el ginecológico y el urológico**, o mejor diríamos realizarlo en forma combinada.

De este modo con la paciente colocada en posición ginecológica, debe realizarse un examen que comprenda en primer término el estudio de los genitales externos. Debe establecerse: a) Si existen a ese nivel procesos inflamatorios o tumorales; b) Si existen desgarros perineales. Estudio del plano muscular, en particular de los músculos elevadores del ano.

Si existe prolapso víscero-pélvico, establecer sus componentes y el grado del mismo.

Reviste verdadera importancia el estudio de la uretra comenzando por el meato y la región perimeática.

A nivel del meato externo su aspecto y conformación, la posible existencia de ectropion o neoformaciones; el color de la mucosa.

En la región perimeática debe señalar lo referente a las glándulas de Skene, y la posible existencia de inflamaciones a ese nivel.

La exploración de la uretra, debe comenzar con la expresión de la misma para establecer si existen secreciones anormales; debe comprobarse también si existen divertículos, dilataciones o abscesos sub-uretrales.

Importa establecer en lo posible la longitud uretral; su dirección en relación al arco sub-púbico, jerarquizando además el grado de abertura de acuerdo a las observaciones de Green ya comentadas.

Es en este momento que debe efectuarse la exploración de la uretra con la sonda acanalada aconsejada por Magendie, (66) para establecer el "ángulo de báscula", que aparece modificado en el curso del desarrollo del cistocele y de este modo mediante la exploración con la sonda acanalada puede establecerse también la presencia o deficiencia esfinteriana mediante una maniobra muy simple.

Al estado normal, en decúbito dorsal, la uretra es casi horizontal o con un ángulo mínimo de 5° a 10°.

En la medida en que va constituyéndose el cistocele, el cuello vesical desciende y se aleja del pubis, haciendo que la uretra se incline a 45° y se acode retenida por el ligamento suspensor.

La extremidad anterior de la uretra y el meato se elevan ligeramente en un movimiento de báscula alrededor de un punto fijo cerca del meato.

El ascenso es menor que el descenso del cuello y por lo tanto al hacer esfuerzos la enferma, la sonda se eleva en un ángulo de 50° a 80°, que constituye el ángulo de báscula.

La exploración intrauretral mediante la sonda permite también según el autor apreciar "la presencia o la deficiencia del esfínter".

Es el momento también de ordenar a la paciente de hacer esfuerzos para establecer el grado de colpocele anterior con el concomitante cistocele. El grado del mismo

nos permite jerarquizar su importancia en el problema en estudio.

Los haces pubo-coccígeos del elevador del ano deben ser explorados en esta etapa del examen mediante la maniobra de Kegel, llevando el dedo del fondo vaginal hacia el exterior, hacia la pared lateral de la vagina y buscando el resalto del músculo que se encuentra a una altura de 3 a 4 cm. del introito vaginal.

La paciente debe contraer los elevadores para comprobar el grado de tonicidad y es entonces que puede colocarse el perineómetro de Kegel de acuerdo a los siguientes parámetros: cuando los elevadores son normales las cifras oscilan entre 20 y 40 cm. de agua. Por encima de 40 cm. se trata de elevadores fuertes. Entre 10 y 20 cm. son elevadores débiles. Por debajo de 10 cm. se trata de elevadores funcionalmente deficientes. Puede agregarse al uso del perineómetro el registro de las contracciones mediante una cinta inscriptora realizando así **un perineograma** que nos da una imagen gráfica del tonismo de los elevadores (55) - (19).

El estudio del cérvix debe hacer continuación a esta etapa, estableciendo la dirección, conformación, tamaño y consistencia del mismo. Debe establecerse la existencia de desgarrros; cicatrices o bridas.

La exploración visual con el espéculo nos permite observar si existen secreciones anormales que deben investigarse por los exámenes adecuados para descubrir así infecciones o infestaciones tan comunes en la mujer durante su vida activa genital. Si el cuello sangra debe establecerse la causa de esta anomalía para jerarquizarla debidamente.

El cuerpo uterino debe ser también estudiado en su forma, consistencia, tamaño y orientación. Si existe cierto grado de distopia debe ser debidamente valorada. Importa establecer la normalidad de los anexos buscando la posible existencia de

procesos inflamatorios o tumorales y la exploración de los fondos de Saco nos revelará si existen procesos patológicos en la pelvis menor.

El tacto vagino-rectal debe completar este examen exhaustivo del aparato genital estableciendo el grado de normalidad de los integrantes del "Retinaculum uteri de Martin", o sus eventuales anomalías tan importantes en el mecanismo de las distopias, por descenso.

Pueden también aparecer en esta exploración, posibles secuelas de procesos plásticos del tejido celular pelviano después de infecciones o flebopatías a su nivel.

Cumplida esta primera parte del estudio clínico deben efectuarse **los test de la continencia urinaria**.

1.—**Test de Bonney.**

Se detiene la pérdida de orina al esfuerzo rechazando la pared anterior de la vagina con una pinza cargada de una torunda y llevando los dedos índices y medio separados hacia la profundidad.

2.—**Maniobra de Marshall-Marchetti.**

Se efectúa una infiltración de xilocaína o novocaína en la pared vaginal anterior a la altura de la horizontal del triángulo de Pavlich, y con la vejiga llena de 250 cc. de agua estéril. Si se utiliza dos pinzas de Allis a ese nivel y se eleva el extremo de las pinzas arriba y adelante, se observa si la incontinencia cesa al hacer pujar a la paciente. Esta reaparece al descender el extremo pinzado. En el primer caso se establece **que el test es positivo**.

Por último con la vejiga llena (250 cc) se ordena a la paciente de hacer esfuerzos en posición acostada primero; si así la prueba es negativa, se ordena a la enferma colocarse de pie con las piernas ligeramente abiertas y se le ordena hacer esfuerzos.

Posteriormente se le hace dar algunos pasos; o pequeños saltos. La orina puede salir entonces a gotas o chorros.

Una maniobra simple y que sirve de diagnóstico es la colocación de un pesario observándose si mediante el mismo se obtiene la continencia urinaria. (9) (10).

3.—Determinación de la orina residual.

En la I.O.E., esta determinación oscila entre 25 y 30 cc.

De acuerdo a estas pruebas deducimos:

A.—Si no sale orina, no se trata de una I.O.E.

B.—Si sale orina, pueden existir tres grados de I.O.E.

Primer grado.— Sólo se produce incontinencia con la enferma de pie y efectuando grandes esfuerzos.

Segundo grado.— La incontinencia se produce ante el esfuerzo moderado y en posición decúbito dorsal.

Tercer grado.— La incontinencia se pone en evidencia ante el menor esfuerzo.

Junto a la jerarquización de estas pruebas que hemos citado, de real valor, debemos considerar también la consideración de algunas circunstancias clínicas que pueden inducir al error.

Vamos a referirnos: 1) Al **apremio o urgencia miccional**; 2) A la **micción por rebosamiento** 3); A la **enuresis**.

1.—**Apremio o urgencia miccional.** Es importante considerar este cuadro clínico que planteará a menudo dudas diagnósticas con la I.O.E.

Aquí pueden intervenir como agentes causales de la misma: La excesiva irritabilidad del detrusor, o una vejiga de contractilidad exagerada, que pueden crear el apremio miccional bajo la influencia de cambios bruscos de temperatura o los esfuerzos.

Las infecciones a menudo poco aparentes de la vejiga son de observación frecuente en la mujer, particularmente en la postmenopausia y en la anciana, particularmente si se trata de diabéticas.

La uretrotrigonitis y cérvicocistitis son motivo de observación frecuente en constipadas habituales en donde el colibacilo actúa como factor causal.

Por esta misma etiología y por los factores fisiológicos que determinan congestión pasiva en la pelvis menor, y la propia presión del polo pelviano en el último mes del embarazo, es frecuente comprobar en esta época la polaquiuria y el apremio miccional.

La presencia de tumores pelvianos puede favorecer también la aparición de este cuadro clínico por una patogenia similar. Creemos que en el diagnóstico diferencial (25) con la I.O.E. puede establecerse en lo siguiente:

A) **Incontinencia de apremio.**

La salida de la orina exige cierto esfuerzo físico.

— Existe previo a la salida de la orina un deseo imperioso de evacuar la vejiga.

— Es frecuente la disuria, la polaquiuria y la nicturia.

— La cantidad de orina que se evacúa es en general importante.

— La salida de orina se produce ante una vejiga llena.

— Existe en general una reducción de la capacidad vesical.

— El tono del detrusor está aumentado.

— **Son negativas** las pruebas ya mencionadas de I.O.E.

B) Incontinencia de orina de esfuerzo.

- La salida de orina se produce habitualmente sin previo esfuerzo, o con mínimo esfuerzo.
- No se comprueba micción imperiosa.
- No existe habitualmente disuria ni polaquiuria.
- La orina que se derrama en forma involuntaria es en cantidad reducida.
- La capacidad vesical es normal.
- No hay alteraciones en el tono del detrusor.
- Son positivas las pruebas de la I.O.E.

Consideramos de interés referirnos además de la I.O.E. y la I.O.A. a un nuevo grupo en el cual las pacientes presentan en forma simultánea I.O.E. e I.O.A. **Se trata de la incontinencia funcional de orina mixta** — de Arrighi y col. (3B). Opinamos que es una variedad que debe tenerse en cuenta en el estudio que realizamos. Agregamos a estos elementos del diagnóstico diferencial que la prueba terapéutica suprimiendo las causas de irritación trigonal que debe ser siempre utilizada confirma el diagnóstico de urgencia miccional y mejora rápidamente a las pacientes.

2.—Micción por rebosamiento o iscuria paradójal.

Las circunstancias patológicas que crean este cuadro son variadas.

En ciertos casos están vinculadas directamente a lesiones de la inervación de la vejiga. Es el caso de lo que puede acontecer en la gran cirugía oncológica del aparato genital.

La atonía vesical que puede aparecer en estas circunstancias puede dar lugar a vejigas sobredistendidas que se vacían parcialmente por rebosamiento.

Puede aparecer también este cuadro frente a los grandes tumores incluidos en el ligamento ancho o aquellos que por su ubicación posterior elevan la vejiga y dislocan el sistema anatómico funcional de la micción.

Hecho semejante acontece frente al útero grávido encarcerado. El cuadro clínico, aunque no frecuente, es bien conocido.

La retención urinaria con vejigas en sobredistensión y la micción por goteo es habitual en estas pacientes.

3.—Enuresis.

Este problema tan bien estudiado por los pediatras y urólogos se vincula a la edad del niño y su capacidad de ejercer el control miccional diurno y nocturno en relación a la actividad automática del detrusor en el vaciado de la vejiga.

No vamos a entrar en el detalle de este importante problema que tiene también aspectos psicológicos dignos de tenerse en cuenta.

Respecto del tema que estamos desarrollando importa señalar que existe una **enuresis primitiva** de origen central o regional, y una **enuresis secundaria**, que puede aparecer en el niño o en el adulto.

En los casos poco frecuentes que aparece en la mujer puede plantear el diagnóstico con la I.O.

Prolapso víscero-pélvico e I.O.E.

Ya hemos tratado este punto a propósito del estudio fisiopatológico.

Vamos a hacer referencia en este estudio clínico a la necesidad que cuando existe la asociación de prolapso e I.O.E. se efectúe una exacta valoración de acuerdo a una minuciosa historia clínica de las circunstancias en que hizo su aparición la I.O. A los efectos de la terapéutica a realizar, estas precisiones y las derivadas de un examen clínico cuidadoso son fundamen-

tales. Vamos a hacer referencia a las estadísticas de diversos autores con relación a este punto y comentar nuestra propia estadística.

Por algunos inconvenientes en el ordenamiento del archivo de nuestro Servicio de ginecología, hemos utilizado para la realización de esta estadística el material del Servicio Ginecotológico del Prof. C. Jaumandreu, a quien agradecemos su amable colaboración.

El estudio estadístico corresponde al periodo de 4 años (1966 a 1969).

En un total de 4933 pacientes ginecológicas internadas aparece el prolapso víscero-pélvico en 338 casos, **es decir en un 6,8%**. Dentro de este número de prolapsos, **el 16,7% se acompaña de incontinencia** de orina y ésta se presenta cinco veces más frecuente como incontinencia parcial que total. **En cuanto a I.O. sin prolapso** aparece en un 1,48%

En relación a la edad — prolapso, en el 72% de las pacientes de edad estaba por encima de los 45 años, y en el 95% la edad estaba por encima de los 35 años.

En lo relativo a **la relación entre la I.O.E. y el cistocele**, en más de 80% de las historias de enfermas estudiadas presentaban cistocele de distinto grado.

En el 20% restante el cistocele era poco aparente.

En lo referente al tiempo en que apareció el síntoma de incontinencia se pudo establecer que en el 71% de los casos censados, el tiempo fue de 1 año.

En los otros casos el tiempo fue mayor, alcanzando en algunas enfermas a varios años.

En lo relativo al resultado operatorio de prolapsos con incontinencia puede considerarse favorable, pues sólo en un 4,3% hubo recidiva o persistencia de la incontinencia.

En cuanto a la estadística de otros autores debemos señalar que las discrepancias son grandes en cuanto a porcentajes.

Y es así cómo encontramos en la estadística de Gaillard el 80% de incontinencias de diversos grados asociadas al prolapso; la de B. y R. Keller, 75%; Louros 72%; de Dellepiane 82, 83%; con cifras intermedias Paillez del 40 a 50%; Muller 50 a 55%; Klauss 48%; Lacomme y Warlin 30 a 40%; y otras más bajas como las de Gautier 15 a 18%; Bret-Douillet 15%; Di Paola y Tymjanker 15,35%; Chauvenet 9%; Juyeux 8%; Belloso 19,5% de incontinencias puras y 80,5% asociadas; Arrighi y col. en relación al número total de prolapsos 45% con incontinencia I.O. E., 15% de apremio; y 40% mixtas (30); Magendie (66), en su trabajo sobre el tema, se formula esta pregunta **¿Por qué esta discordancia tan acentuada que observamos en las estadísticas?**

Piensa el autor que ésta puede basarse en que las pacientes que nos consultan presentando prolapsos de cierta importancia, presentan concomitantemente incontinencia de diversos grados.

Las otras pacientes, con una sintomatología menos acentuada, presentan polaquurias con apremio miccional, sin tratarse de verdaderas incontinencias.

Consideramos que pueda ser ésta una explicación que explique en parte las discrepancias estadísticas, siendo que algunos autores incluirían este segundo grupo también en la estadística de incontinencias, pero nuestro punto de vista es que lo fundamental está en la propia fisiopatología del proceso que explica claramente lo que puede vincularse al prolapso y lo que es imputable a otras razones fuera del mismo, aún existiendo éste.

De ahí la importancia de utilizar los medios complementarios de diagnóstico que nos permiten hacer con más precisión esta discriminación.

Si consideramos también las incontinencias mixtas, lógicamente los porcentajes varían de acuerdo a este concepto.

Vejigas neurogénicas.

Este aspecto muy bien precisado por los urólogos deseamos plantearlo sucintamente en relación a nuestro tema, porque evidentemente existen circunstancias clínicas que están en directa relación con la ginecología. El estudio de estas pacientes está basado, tal como lo detalla J. Lockart (62) en su trabajo, en:

A) En los síntomas urológicos.

Polaquiuria diurna y nocturna o ambas; micción imperiosa; poliuria diurna y nocturna o ambas; dolor miccional; disuria relacionada con la cronología miccional; sensación de plenitud vesical; control de la micción, deseo, iniciación voluntaria, capacidad para interrumpirla o no; existencia de reflejos desencadenantes de la micción (estímulos cutáneos); incontinencia real o falsa; maniobra de Credé para evacuar la vejiga (realizada por la paciente).

B) El examen neuro-urológico.

- 1.—Estudio de la sensibilidad en el territorio de las últimas raíces sacras (periné y anexos); sensibilidad vesical al contacto y a la distensión;
- 2.—**Reflejos de Bors (actividad del cono medular)** que se componen de: **el reflejo anal, el reflejo bulbo-cavernoso y el test del agua helada.**

Esta primera parte debe completarse mediante el examen físico, la endoscopía, el estudio funcional renal, la urografía de excreción —la esfinterometría— la uretrocistografía y la cistometría. Con los datos suministrados por el estudio clínico y los métodos auxiliares pueden establecerse tipos clínicos de las vejigas neurogénicas que

de acuerdo a la clasificación de Cibert pueden dividirse en:

- 1.—**Tipo puro;**
- 2.—**Distonía uretrovesical;**
- 3.—**Vejigas irritables.**

1.—Tipos puros - Paraplegias traumáticas.

Puede ser por lesión de la **neurona nuclear o infranuclear de neurona motora inferior (S2 a S5).**

En el **1er. estadio** da una vejiga átona —paralítica— y en el **2º estadio** la llama **vejiga autónoma.**

El control se realiza solamente por el plexo intramural y el hipogástrico. Se trata de vejigas insensibles, con pérdida de la actividad del detrusor. La vejiga se vacía incompletamente persistiendo un residuo. Existe incontinencia por rebosamiento. Cuando existe lesión de los nervios pudendos internos, la incontinencia es total.

Existe abolición de los reflejos de Bors. Del punto de vista cistométrico observamos una curva uniforme y ascendente. La capacidad está aumentada (globo de goma que se infla).

La micción es inconsciente por pérdida de la sensibilidad vesical.

La evacuación puede provocarse por presiones extravesciales.

El aspecto radiológico muestra la apertura del cuello que es permanente, así como la embudización.

Cuando se trata de **lesión supranuclear** (cerebral o medular L1 a L5) va a dar lugar a la **vejiga automática refleja.** Aquí los test de Bors son positivos.

La continencia es inconsciente, no existe control en el vaciado de la misma. Puede constituirse una hipertónía vesical con evacuaciones determinadas por estímulos periféricos.

La cistometría da una imagen de hipertónía con intensas contracciones reflejas, in-

voluntarias, inconscientes y determinan la micción.

La imagen uretrocistográfica muestra una vejiga normal no trabeculada.

Tiene tendencia al reflujo uretral y a la infección.

2.—Distonías véscico-uretrales.

Comprende un amplio sector de V.N. en donde intervienen variadas causas.

Su sintomatología clínica es multiforme porque su producción obedece a diversas etiologías.

Sin embargo existen algunos elementos clínicos a señalar que podemos expresar en:

Incontinencia verdadera o falsa; polaquiuria; disuria; micción imperiosa y residuo vesical variable.

En cuanto a la cistometría aparecen ondas contráctiles que no dependen de la voluntad y que no son perceptibles por la paciente.

Lockhart clasifica este grupo en:

a) Lesiones encefálicas.

Puede encontrarse aquí lesiones tumorales; traumáticas y vasculares.

Es también el tipo de vejiga neurógena de la Enf. de Parkinson.

b) Lesiones medulares.

Entre éstas tenemos la V.N. por tabes, por poliomiелitis y por espina bífida.

En lo referente a la espina bífida debe recordarse que en ciertos casos existe la espina bífida oculta.

Tenemos así desde **las formas leves** con un síndrome de enuresis **con vejiga no inhibida**, hasta **las formas graves** con vejiga **nuclear o infranuclear** desconectada, autónoma, insensible y parálitica, que puede estar asociada a la incontinencia.

c) Lesiones periféricas.

Este capítulo es importante porque comprende V.N. por **afecciones médicas dando radiculoneuritis**. Es el caso de la diabetes y las virosis y **afecciones quirúrgicas**.

Aquí debemos de considerar lo que pasa en el postoperatorio de la gran cirugía pelviana, en especial las histerectomías ampliadas op. de Wherteim-Meigs; en las amputaciones de recto; y en ciertas operaciones realizadas sobre el periné.

En lo referente a las histerectomías ensanchadas se ha establecido que la secuela que puede subsistir y hasta en un 50% de los casos es **una vejiga de tipo autónomo y en ciertos casos con hipertonia del detrusor**.

En pocos casos puede aparecer la incontinencia con vejiga pequeña y retraída, grave complicación que exige la derivación con o sin sustitución del órgano. Nosotros no hemos tenido en tan alto porcentaje como señala el autor esta grave complicación. No obstante reconocemos que es siempre un peligro que se cierne sobre quienes desean realizar una cirugía realmente radical con criterio oncológico. Cuando se practica una amputación del recto sola o como parte de una exenteración posterior tipo Brunswich, puede producirse una V. N. átona o hipotónica. Aquí puede agregarse a la lesión del plexo vesical, el edema crónico linfático que invade las distintas capas del detrusor que infiltra la sub-mucosa y los intersticios musculares pudiendo llegar a la grave fibrosis residual. (10).

En lo que tiene relación a la cirugía perineal debe recordarse que la herida de los nervios pudendos puede conducir a la I.O.

El dolor de las heridas operatorias a ese nivel condicionan una micción dificultosa. Esto lo hemos observado no sólo en la cirugía ginecológica, sino también en el

post-parto con episiotomías dolorosas que impiden a la paciente, por dolor, realizar normalmente la micción.

En la cirugía de la parte inferior de las paredes abdominales, particularmente de las hernias, puede observarse hechos similares en el post-operatorio por la dificultad de actuar la musculatura estriada en la evacuación normal de la vejiga.

En cuanto a los traumatizados de la pelvis pueden producirse una serie de trastornos que van de la vejiga irritable hasta el grave trastorno de la vejiga autónoma.

3.—Vejigas irritables.

Aquí podemos encontrar:

a) Las alteraciones psicógenas.

Es importante recordar este tipo de alteraciones. H. Michel Wolfromm (70) se ha ocupado de este punto con una casuística muy interesante. Debe recordarse pues que el síntoma urinario (cistalgias - incontinencia - micción imperiosa), puede ser la expresión de una neurosis, y si no se tiene en cuenta el aspecto psicológico y las causas que lo determinan, el tratamiento urológico puro no será eficaz en la solución del trastorno.

b) En el curso de las encefalopatías, o en los heridos y traumatizados del cerebro el trastorno urinario aparece con frecuencia adoptando el tipo de vejiga irritable o de incontinencia.

Fístulas urogenitales.

Este punto es importante cuando se plantea el diagnóstico de una incontinencia de orina continua, máxime si la paciente que nos consulta ha pasado por un episodio grávido-puerperal; ha sido operada o irradiada.

En el análisis de una paciente que presenta una posible fístula debemos recordar

que puede tratarse de **fístulas congénitas** por anomalías del desagüe ureteral, o por tratarse de una extrofia vesical.

Los antecedentes de la paciente, su pérdida de orina que data de la niñez junto al examen clínico completan el diagnóstico. En cuanto a **las adquiridas**, cuyas distintas localizaciones son bien conocidas, importan mucho los antecedentes de partos distócicos y el conocimiento de los incidentes que puedan haber acontecido en su desarrollo, así como intervenciones que se hubieran realizado por vías vaginal o abdominal.

Del mismo modo cuando se trata de pérdidas de orina consecutiva a intervenciones quirúrgicas o a pacientes sometidas a tratamientos actinoterápicos, estos antecedentes deben ser perfectamente concretados.

El urograma, la cistoscopia con estudio de eliminación del índigo-carmin, contribuyen al diagnóstico de esta complicación urinaria.

El uso de una solución de azul de metileno en la vejiga es útil también para establecer el diagnóstico de fístulas urinarias y poder ubicar exactamente el punto donde se encuentra la solución de continuidad que buscamos.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico positivo debe necesariamente apoyarse en la clínica, pero con la valiosa colaboración de los métodos auxiliares. El urograma; la cistoscopia; el cromodiagnóstico; la esfinterometría; la uretrocistometría; la uretrocistografía y la cinefluoroscopia miccional, son todos valiosos elementos diagnósticos a los cuales se debe recurrir para confirmar el diagnóstico clínico.

Queremos hacer también referencia respecto de los métodos auxiliares como el **colpocitograma**, ideado por A. Bethoux y col. (12) (38B). Se trata esencialmente

de una técnica radiológica ideada para el estudio de los desplazamientos y modificaciones morfológicas de las vísceras pelvianas previamente opacificadas.

El autor utiliza esta técnica en el estudio de los prolapsos y en la incontinencia urinaria deduciendo de sus observaciones interesantes conclusiones.

No tenemos experiencia sobre el método, pero estamos informados que ha sido utilizado en otras clínicas con buena impresión de sus resultados diagnósticos. (38 By).

El diagnóstico positivo, de acuerdo a todas las consideraciones que hemos realizado, debe apoyarse pues en todos los datos que nos ha suministrado el minucioso estudio de la paciente y de sus características clínicas en cuanto a la semiología funcional y de las que se deducen del examen físico de la misma.

Debe establecerse en primer término si se trata de una pérdida de orina **intermitente, episódica, si ésta es discontinua o si ésta es exacerbada por el esfuerzo, tos, estornudo**; esto configuraría de acuerdo a la clasificación de Ingelman Sundberg, a un **primer grado**.

Si están presentes los elementos condicionantes de este primer grado, y además aparece la incontinencia con los movimientos bruscos estaríamos frente al **II grado**. Si se trata de una pérdida continua transuretral se trataría de un **III grado** de I.O.E.

En esta etapa de nuestro diagnóstico ya hemos podido descartar los otros factores etiológicos de incontinencia urinaria a los cuales nos hemos ya referido ampliamente. La historia clínica de la paciente nos ha informado sobre los factores determinantes de la misma, y el conocimiento de la fisiopatología de la micción nos revela cómo estos procesos patológicos han incidido en la determinación del trastorno.

La cistoscopia y el urograma van a com-

pletar útilmente nuestro proceso diagnóstico, junto a las pruebas clínicas de la continencia, fáciles de realizar y muy ilustrativas al respecto.

La uretrocistografía, sobre cuyos detalles se ocupará otro de los relatores, nos va a permitir fijar una serie de elementos, tales como el **aspecto de la vejiga y la uretra y sus desplazamientos patológicos; extensión y topografía de los cistocelos; relaciones de la vejiga y la uretra con el pubis; imagen de control esfinteriano y embudización anormal del conjunto anatómico uretrovesical**.

Las modificaciones de los ángulos uretrovesical anterior y posterior, nos permitirán clasificar las pacientes en relación con las técnicas quirúrgicas a realizar en dos grupos:

Las primeras, las que tienen el ángulo uretro-posterior aumentado 180° o más, pero con un ángulo anterior normal menor de 45°. Estas pacientes son curadas en un amplio porcentaje (90%) mediante las técnicas vaginales.

Las segundas, con ángulo de la uretra anterior muy modificado (entre 45° y 90°) son las pacientes que sólo mejoran en un 50% con la cirugía por vía vaginal exclusiva, y a las cuales deben agregarse necesariamente técnicas abdominales tales como el Marshall-Marchetti-Krantz o la operación de Burch.

Puede establecerse también con el uretrocistograma seriado (18) el punto de máxima presión urostática en los distintos grados de prolapso víscero pélvico, lo cual es importante en la técnica quirúrgica a realizarse para evitar las I.O.E. iatrogénicas.

La cinefluoroscopia miccional, nos revelará más claramente la función de la "unidad anátomo funcional de la continencia" (11), y sus variantes patológicas observando la vejiga en reposo y con la pacien-

te en posición acostada y de pie y haciéndola pujar o toser.

En cuanto a **la esfinterometría y la uretrocistometría** que constituyen valiosos procedimientos de exploración funcional del esfínter uretral y de la vejiga, nos van a revelar una serie de detalles de considerable valor no sólo en relación a la presión intra uretral e intravesical, sino también en relación a la función del detrusor. Resulta además un método invalorable para el diagnóstico positivo y diferencial frente a las vejigas neurógenas.

Resumiendo, consideramos que después de haber hecho el análisis de los distintos métodos para el estudio y diagnóstico de la I.O.E., para hacer así la discriminación de lo que corresponde a la misma y lo que podría deberse a una patología asociada, podemos expresar:

- 1.—que entendemos que en el diagnóstico de la I.O.E. deben emplearse en forma coordinada y sucesiva los distintos métodos, que no son excluyentes en dicho estudio sino que por el contrario se complementan.
- 2.—que consideramos que puede resultar útil como táctica diagnóstica comenzar con los **métodos estáticos**: a) **Determinación de la orina residual** - b) **La uretrometría** - c) **Las pruebas de esfuerzo** - d) **La cistoscopia** - e) **La exploración de los reflejos de Bors** - f) **La cistografía**.
- 3.—que debe continuarse el estudio diagnóstico con los **métodos dinámicos**: a) **La cistonometría simple** - b) **La uretrocistonometría** - c) **La cinefluoroscopia miccional**.

En síntesis puede expresarse que en este delicado y sutil proceso de la continencia urinaria en el cual intervienen factores fisiológicos de orden central y periférico,

la indispensable función de la musculatura lisa y estriada, las fascias y estructuras ligamentosas que rodean a la uretra y a la vejiga, y el tejido esponjoso y vascular periuretral, es indispensable una acción coordinada de todas estas estructuras.

De su función armónica así como de la predominancia de la presión intrauretral sobre la intravesical surge la normal continencia urinaria.

En la medida en que por factores patológicos este equilibrio se altera, ya sea porque aumenta desmedidamente la presión intravesical con presión uretral normal, o que exista una disminución de la presión uretral con presión vesical normal, la armonía de las fuerzas actuantes se perturba y aparece la I.O.E.

Es pues en base al exacto conocimiento de la fisiopatología del proceso que nuestras técnicas correctoras podrán tener el éxito deseado para librar así a las pacientes de esta enfermedad que las inferioriza y las deprime desplazándolas de la normal convivencia social.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—Achard, A. Archivos de Ginecología y Obstetricia del Uruguay, 5-1-1948.
- 2.—Albouker, P., Presse-Med. 72-2157-1964.
- 3.—Albouker, P., XX^o Ass. Fran. de Gyn. 1-182-182-1960.
- 3 (a).—Arrighi, L. y col. - XII^o Congreso Arg. de Obst. y Gin. 11-105-1967.
- 3 (b).—Arrighi, L. y col. - XII^o Congreso. Arg. de Obst. y Gin. 11-127-1967.
- 4.—Balfour, J.; Ankerman, C. Y., J. Urol 70-746-1956.
- 5.—Ball T.L., Progresos en Obst. y Gin-1-634-1969.
- 6.—Ballerio, C.; Ballerio, L.; Ferrari, U., Gin. pratique, XI-453-1960.
- 7.—Beck, R.P. and Maughan, C.B., Am. J. Obst. and Gyn-89-746-1964.
- 8.—Bedoya Hevia, M., III Congreso Mundial de Obst. y Gyn-III-323-1961.
- 9.—Beloso, R.A., Ed. Pan. Americana, I-T133-1965.
- 10.—Beloso, R.A., V^o Congreso Médico del Uruguay, II^o-634-1962.
- 11.—Beloso, R.A., 12^o Congreso Argentino de Obst. y Gin. 1-55-1967.

- 12.—Bethoux, A.; Bory, S.; Huguier, M., *Gyne. Obst.* 63-593-1964.
- 13.—Bonney, V., *J. Obst. Gyn., Brit. Empire*-30-358-1923.
- 14.—Bors, E., *Urol. Survey*-7-177-1957.
- 15.—Ball, T.L., *Am. J. Obst. and Gyn.*-59-1243-1949.
- 16.—Burch, J.C., *Am. J. Obst. and Gyn.* 81-281-1961.
- 17.—Caix, M., *Gin. Pratique*, XI-443-1960.
- 18.—Calatroni, C.J.; Poliak, A.; Kohan, A. *Am. J. Obst. and Gyn.* 83-649-1962.
- 19.—Camacho de Osorio, O., XI^o Congr. Arg. Obst. y Gin. 2-591-1961.
- 20.—Cibert, J., *Encyclop. Med. Chirurg.* 12202-A-1-1957.
- 21.—Davies, J. W., *Surg. Gyn. Obst.* 67-273-1938.
- 22.—Delgado, J.; Castro, F.; Martínez, C., *Libro Ho-menaje Prof. Castekzo Ayala*, II-215-1970.
- 23.—Delger, J.R., V^o Congr. Médico del Uruguay, IV-1597-1962.
- 24.—Dipaola, G. y Arrighi, A.A., *Sinopsis Obst. Gin.* VIII-671-1961.
- 25.—Di Paola, G.; Tymjaker, *Semana Médica* III-249-1957.
- 26.—Dufour, A.; Ternon, Y. - XXes. Assises Franc. de Gyn. I-T-1-1960.
- 27.—Enhoring, G., *Act. Chir. Scand. Supp.* 1-276-1961.
- 28.—Erhcrning, C.; Miller, E.R.; Hinman, F., *Surg. Gyn. and Obst.*, 118-507-1964.
- 29.—Ercole, R., *Bol. Soc. Obst. y Gin. de Bs. As.* 32-356-1953.
- 30.—Ercole, R., VI^o Congr. Amer. y II^o Argentino de Urol. II-95-1956.
- 31.—Everett, H.S.-I.-T. Edit. *Williams-Wilkins* 184-1944.
- 31 bis.—Foix, A. y col. - XII^o Congreso. Arg. de Obst. y Gin. - II-46-1947.
- 32.—Gil Vernet, S., XI^o Congr. Int. de Urol. -3-191-1958.
- 33.—Gil Vernet, E., III^o Congreso Mundial de Gin. y Obst. III-333-1961.
- 34.—Green, H.T., *Am. J. Obst. and Gyn.* 83-632-1962.
- 35.—Gil Vernet, E.; Gil Vernet Huguier, E.; Balaguero Liado L.— *Anal. de I Clínica de Obst. y Gin.* Tomo I-369-1966.
- 36.—Gray, L.A., III^o Congreso Mundial de Gin. y Obst. III-398-1961.
- 37.—Green, T.H., *Progresos de la Ginecología*, I-T-597-1969.
- 38.—Guercio, F., XXes. Assises Franc. de Gyn. I-T-521-1960.
- 38 bis. Goldsman, T.; Dionisi, H. - XII^o Congr. Arg. de Obst. y Gin. - III-138-1967.
- 39.—Halban, J., *Técnica Quirúrgica Ginecológica*, I-T-458-1951.
- 40.—Gil Vernet, E., I-T-Edit. *Paz Montalvo-Madrid.* 1955.
- 41.—Hodgkinson, C.P. *Am. J. Obst. and Gyn* 73-518-1957.
- 42.—Hodgkinson, C.P.; Kelly, W.T. 76-1114-1958.
- 43.—Hodgkinson, C.P. - III^o Congr. Mundial de Gin. y Obst.-III-451-1961.
- 44.—Hodgkinson, C.P.; Ayer, M. A.; Drukker, B.H. - *Am. J. Obst. and Gyn.* - 87-717-1963.
- 45.—Hodgkinson, C. P.; *Surg. Gyn. and Obst.* 595-1965.
- 46.—Hoffman, J.; Ulrich, J. - III^o Congr. Mundial de Gin. y Obst. - III-409-1961.
- 47.—Hughes, F. - *Urología práctica* - Edit. Cient. S. M.U.1939.
- 48.—Ingelman Sundberg, A. - *Acta Obst. Gyn. Scand.* 31-266-1952.
- 49.—Ingelman Sundberg, A. - *Gyn. Pratique*, 11-561-1960.
- 50.—Ingesi, U.; Chercasky, O.; Tarzian, J.; Trovato, O. - *Rev. Obst. y Gin. Bs. As.* - 46-71-1967.
- 51.—Inza; Mendez Rivas; Pizato. *Bol. Soc. Obst. y Gin. de Bs. As.* - XLIX-681-1970.
- 52.—Jaupitre, M. - XX^o Ass. Franc. de Gyn. I-51-1960.
- 53.—Jeffcoate, T.N. and Roberts, H. - *Am. J. Obst. and Gyn.* 6-721-1952.
- 54.—Jeffcoate, T.N. and Roberts, H. - *Surg. Gyn and Obst.* 98-743-1954.
- 55.—Kegel, A.H. - *Gyn. Pratique*, XI-539-1960.
- 56.—Klackenberg, C. - *Acta Pediat.* 44-513-1955.
- 57.—Kraimin, P.; Ney, C. - *New England, J. Med.* - 253-1111-1955.
- 58.—Kremling, H. - *Gyn. Pratique* - XI-471-1960.
- 59.—Lagrutta, J. - XII^o Congr. Arg. de Obst. y Gin. - I-11-1967.
- 60.—Lapides, J. - *Surg. Clin. N. Am.* - 41-1401-1951.
- 61.—Lapides, J.; Ajemian, E.P.; Stewart, B.H.; Lichwardt, J.R.; Breakey, B.A. - *Surg. Gyn. and Obst.* 111-224-1960.
- 62.—Lockart, J., V^o Congr. Med. del Uruguay - IV-1537-1962.
- 63.—Low, J.A. - *Am. J. Obst. and Gyn.* 89-322-1964.
- 64.—Lund, C.J and Fullerton, R.E.; Tristan, T.A. - *Am. J. Obst. and Gyn.* - 78-706-1959.
- 65.—Lund, C.J.; *Clin. Obst. and Gyn.* 6-132-1963.
- 66.—Magendie, J.; Lamarche, P.H.; Tavernier, J. - *Gyn. Pratique* - XI-503-1960.
- 67.—Marcel, J.E. - *Gyn. Pratique* - XI-589-1960.
- 68.—Marcel, J.E. - III^o Congr. Mundial de Obst. y Gyn. 2-321-1961.
- 69.—Meyer, E. - *Surg. Clín. North. Am.* 45-1467-1965.
- 70.—Michel-Wolffromm, H. - XX^o Ass. Franc. da Gyn. I-267-1960;
- 71.—Muellner, S. R.; *J. Urol.* - 80-473-1958;
- 72.—Muellner, S. R. - *Surg. Gyn. Obst.* 114-568-1962;
- 73.—Nemir, A.; Middleton, R. - *Am. J. Obst. and Gyn.* 68-1166-1954;
- 74.—Nogueira Graff, A. - V^o Congreso Médico del Uruguay - IV^o 1569-1962;

- 75.—Palmer, R. - 5912-60-1950;
- 76.—Pecker, A. - XX^e Assises Franc. de Gyn. - 1-57 - 1960;
- 77.—Power, R.M.H. - Am. J. Obst. and Gyn. - 67-302-1954;
- 78.—Read, C. D. - Am. J. Obst. and Gyn. - 59-1260-1950;
- 79.—Shelley, T.; Warrell, D.W. - J. Obst. Gyn. British Cmm. - 72-726-1965;
- 80.—Schomberg, L.A.; Wentzel Goetz, M.; Higgins, L. - Am. J. Obst. and Gyn, - 86-995-1963;
- 81.—Veres, E.; Vallet, B.; Rudelier, J. L. - Rev. Franc. Gyn. Obst. - 58-525-1963;
- 82.—Youssef, A. F. - Obst. et Gynec. - 13-61-1959;
- 83.—Youssef, A. F. - Ginecological Urology - 1-358-1960.