

INCONTINENCIA URINARIA

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA MUJER. METODO DE KENNEDY

M. BEDOYA HEVIA (*)

EN el momento actual el tratamiento quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en la Mujer, cobra gran importancia debido al alto porcentaje de pacientes que acuden al especialista, portadoras de este trastorno. Conociendo su gran trascendencia médico-social, es que gran número de ginecólogos e investigadores se han profundizado en su estudio, siendo Kennedy uno de los que más ha aportado al progreso quirúrgico de esta dolencia con sus trabajos sobre el control de la micción y que han dado a su técnica bases suficientes para practicar una cirugía eficaz.

Diagnóstico.—Para llegar a hacer un diagnóstico exacto de la Incontinencia de esfuerzo comenzamos por practicar un examen clínico completo, estudiando los antecedentes obstétricos, como son la multiparidad y partos distócicos, así como la aplicación de fórceps. El estudio del estado constitucional es de suma importancia. La exploración neurológica es imprescindible y de manera muy particular en aquellas pacientes, que son núlparas, ya que la incontinencia está supeditada a un factor de ordinario nervioso, psíquico o tal vez urinario. El examen radiológico simple para descartar espina bifida y la urografía excretora, son pruebas vitales de examen. La cistouretrografía, es un elemento de examen valioso, ya que en aquellos pacientes con incontinencia se observa una modificación importante del ángulo uretro vesical posterior y en algunos casos se observa un aspecto de embudo de la unión uretro-vesical. La exploración genital y los exámenes urológicos: endoscopias, cistometrias, valoración de la función renal, exámenes de orina, pruebas de sensibilización a los antibióticos, son de rutina.

En todos nuestros pacientes hemos practicado la prueba de "Esfuerzo", con el objeto de establecer un diagnóstico exacto de la incontinencia y valorar la suspensión vesico-uretral a realizar.

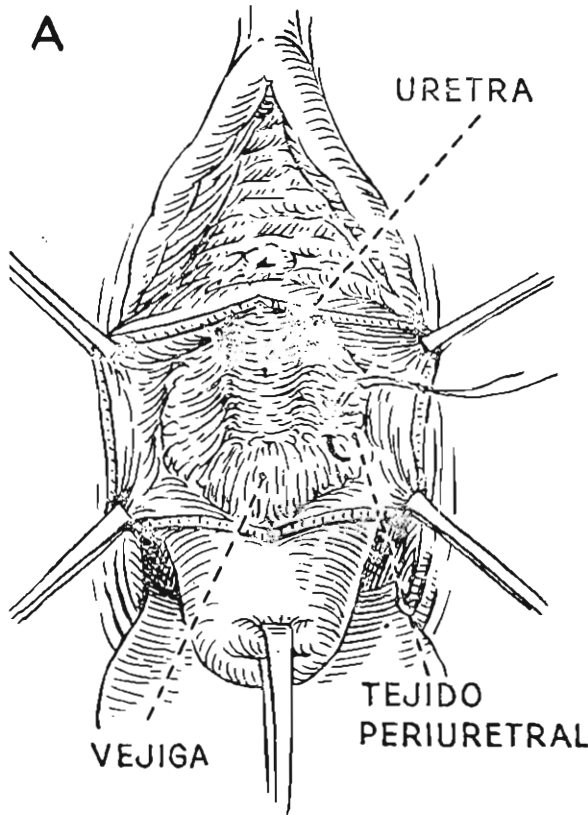
Procedemos hacer la prueba (9) llenando la vejiga con 250 cc. de sol. salina estéril. Invitamos a la enferma a toser y comprobaremos si existe in-

(*) Trabajo leído en el III Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia, reunido en Viena —Austria— del 3-9 Setiembre de 1961.

(*) M. Bedoya H. Av. Nicolás de Piérola 267 — Lima Perú.

continencia. El autor (9) somete a la paciente a una nueva prueba, que consiste en llenar nuevamente la vejiga, con la misma cantidad de suero e introduciendo los dedos en la vagina, levanta la uretra y la región correspondiente al cuello vesical, que mantiene por detrás de la sínfisis, el objeto es simular la suspensión vesico-uretral. Nuevamente se invita a la enferma a toser, si por este esfuerzo, observamos que no hay pérdida de orina, desde ya podemos hacer una evaluación correcta de la intervención.

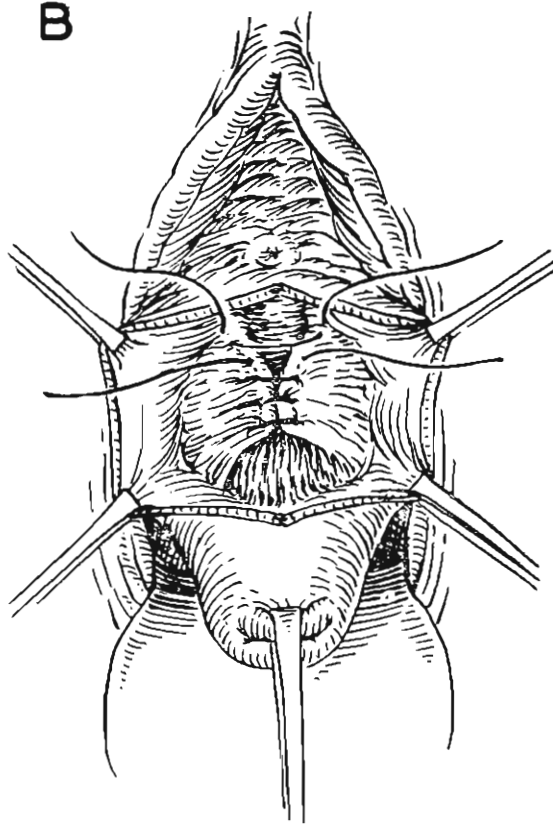
Técnica.—Practicamos la operación con anestesia local, novocaína al 1/2 %, para pacientes nerviosos recomendamos la anestesia general. Colocamos a



nuestra paciente en posición ginecológica e introducimos en la vejiga una sonda de Foley Nº 1' balón 5.

Tomamos el cuello con un tenáculo, incidimos la pared vaginal anterior

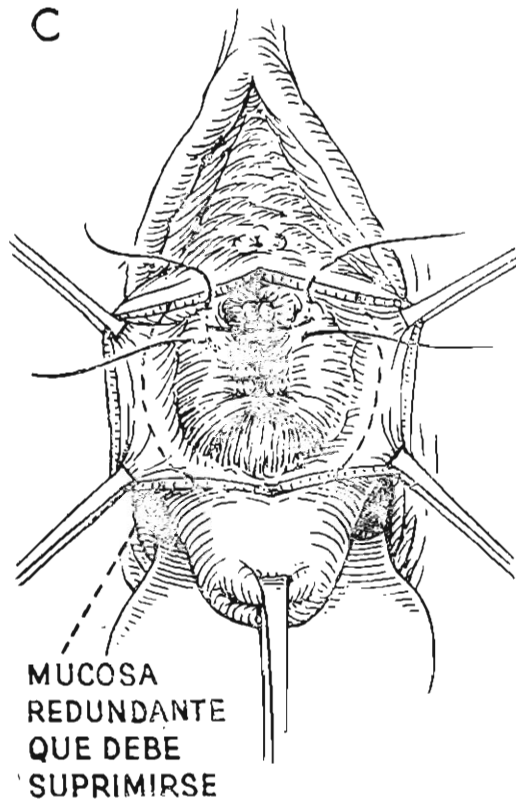
en la línea media, desde 1,5 cm. por debajo del meato uretral hasta 2 cm. por encima de O.E. (fig. A) (4). Se procede enseguida a movilizar ampliamente la uretra, (4), (5), (11), debe evitarse la lesión en el plexo venoso y las ramas de la arteria vesical inferior. El autor (5) recomienda la plastía fascial en tres planos. Hacemos el primer plano (A)— (b) mediante puntos en colchonero, que comprenden los tejidos peri-uretrales, empleamos catgut cromo 1. Un segundo plano abarca el plan fascial (C), lo que trae como resultado el que la uretra permanezca más alejada de las ramas del pubis. Posteriormente se coloca un punto de Kelly, para fruncir la parte interna de la uretra, cerca del esfínter interno.



Para restaurar el esfínter voluntario (5) y (4), se comienza por reseca el músculo lesionado que queda pegado a la mucosa vaginal, suturando el resto con catgut más fino (D) que atraviesa la pared vaginal, tratando que

los puntos interesen las fibras del constrictor de la uretra y la aponeurosis del diafragma uro-genital.

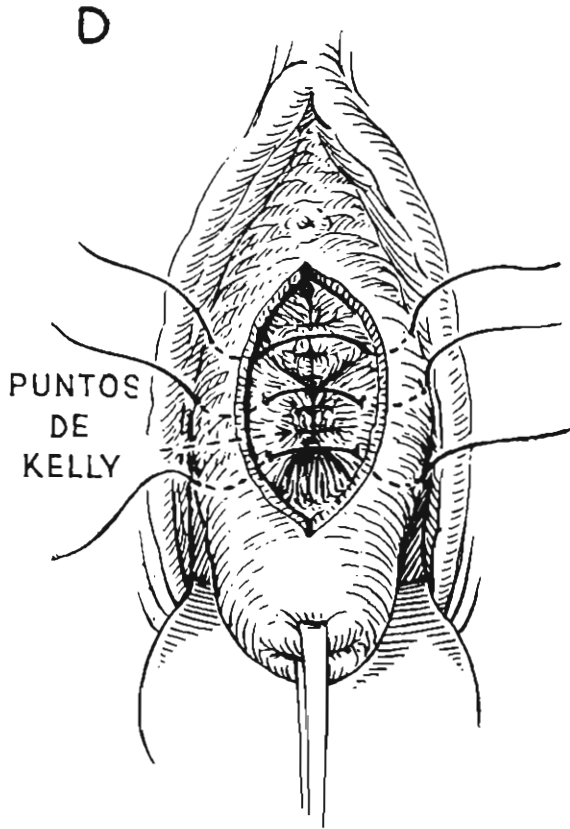
Post-operatorio.—Durante el post-operatorio hacemos tratamiento con antibióticos de amplio espectro; retiramos la sonda de Foley al 5to. día, nunca hemos observado hematuria. Empleo los coagulantes por varios días. Al retirar la sonda la enferma orina espontáneamente (95%). En un 5% de casos



he tenido que colocar la sonda por unas 24 horas más. Para el control de la orina residual, practicamos un sondeo posterior. Levantamos a nuestros pacientes al 5to. o 6to. día.

Resultados.—En el lapso de diez años (1951-1960) hemos tratado 1,163 prolapsos genitales, con 113 casos de Incontinencia. El promedio de éxitos

inmediatos (T. de Kennedy) fue de 100%. En controles posteriores, el éxito alcanzado es de 94%.



BIBLIOGRAFIA

- 1.—Arenas, N.— Gyn y Obst. Rev. Vol III, 1957.
- 2.—Ball T.L.A.— Amer. Jour Obst. and Gyn, 1950.
- 3.—Bedoya M.— Tratamiento quirúrgico del prolapso genital. Relato al 1er. Congreso de Obst. y Gyn de Lima, 1959.
- 4.—Grechell, J.F.— Cirugía Ginecológica, pág. 124.
- 5.—Gil Vernet E.— Incontinencia de Orina en la Mujer, 1955-130.
- 6.—Jeffcoate T.N.A. Roberts H.— Amer. Jour. Obst. and Gyn, 1952.
- 7.—Kennedy.— Amer. Jour. Obst. and Gyn, 1937.
- 8.—Maritus.— Tra. de Gyn, 1955.
- 9.—Marcheti A. Marshall.— Progresos de Gyn. Vol. II. 783.
- 10.—Ptigvert A.— Trat. de Urografía Clínica, 1944.
- 11.—T. Linde.— Gynecologia Operatoria, pág. 166.