



Experiencia en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer en el Hospital Juárez de México

Carlos Viveros Contreras,* Juan A. Lugo García,** Alberto Bazán Soto,** Octavio López Castillo,*** Juan de la Cruz Trejo,*** Rubén Moreno Romero,*** Elizabeth Maldonado Martínez****

RESUMEN

La incontinencia urinaria (IU) es un padecimiento que constituye un problema médico, social y económico definido como cualquier fuga involuntaria de orina. Dicho padecimiento afecta a una de cada 25 mujeres a partir de los 40 años y suele prevalecer debido a los cambios degenerativos de la musculatura pélvica. La incontinencia urinaria es una enfermedad que incapacita socialmente a las mujeres, alterando la calidad de vida, así como su entorno familiar, afectando psicológicamente en forma importante a estas pacientes. La prevalencia de la incontinencia urinaria en población abierta está entre 4-50%, esto sin importar el padecimiento que la cause, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo el padecimiento más frecuente en la mayoría de los estudios realizados. Estas pacientes son motivo de consulta con Ginecólogos y/o Urologos y potencialmente quirúrgicas. En el Hospital Juárez de México hemos realizado una gran variedad de técnicas quirúrgicas para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) siendo tres los trabajos de investigación que consideramos que son de gran importancia. El primero realizado en 1991 con la técnica de Shlomo Raz, el segundo en el 2004 con un programa de rehabilitación del piso pélvico y finalmente en el 2005 utilizando un cabestrillo con malla de polipropileno. En el presente artículo comunicamos nuestra experiencia en el manejo de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo (IUGE).

Palabras clave: Incontinencia, orina, esfuerzo.

ABSTRACT

The incontinence urinary (IU) is a suffering that constitutes a medical, social and economic problem and is defined as any involuntary flight of urine, it affects one of each 25 women starting from the 40 years, and it usually prevails due to the degenerative changes of the pelvic musculature. The incontinence urinary is an illness that disables the women socially, altering the quality of life as well as its family environment, affecting psychology in important form to these patients. The prevalence of the incontinence urinary in opened population this between 4-50%, this without caring the suffering that causes it, being the incontinence urinary of effort the suffering but it frequents in most of the carried out studies. These patients are consultation reason with Gynecologist and/or Urologist and potentially surgical. In the Hospital Juarez de Mexico we have carried out a great variety of technical surgical for the correction of the Incontinence Urinary Stress (IUS) being three investigation works that we consider are of great importance. The first one carried out in 1991 with Shlomo Raz's technique, the second in the 2004 with a program of rehabilitation of the pelvic floor and finally, in the 2005 using a sling with polypropylene mesh. Presently article communicates our experience in the handling of the incontinence genuine urinaria stress (IUGS).

Key words: Incontinence, urinary, stress.

INTRODUCCIÓN

La IU se define como la pérdida involuntaria de orina. La incontinencia urinaria es un padecimiento que constituye un problema médico, social y económico de tal di-

mensión que sin constituir en la mayoría de los casos una enfermedad ni ser causa directa de mortalidad, produce efectos devastadores en las mujeres que la padecen. La incidencia de IU en la mujer aumenta con la edad, afecta a una de cada 25 a partir de los 40 años y suele prevale-

* Jefe del Servicio de Urología, Hospital Juárez de México.

** Adscritos al Servicio de Urología, Hospital Juárez de México.

*** Residente del 5 año de la especialidad de Urología.

**** En Servicio Social.



cer debido a los cambios degenerativos de la musculatura pélvica.¹

Petros y Ulmsten introdujeron un nuevo concepto de la fisiopatología de la IU de esfuerzo denominada “La teoría integral”. Ellos hacen énfasis en la importancia de la fijación de la uretra media al pubis por el ligamento pubouretral y sugieren que la apertura y cierre de la uretra y cuello vesical son reguladas por una serie de estructuras involucradas, incluidos los músculos pubococcígeo, puborrectal y elevador del ano. A nivel de la uretra distal ésta se relaciona con los ligamentos pubouretrales, involucrados también el mecanismo del esfínter interno, el esfínter externo y el músculo elevador inmediatamente localizado distal al ligamento pubouretral. Estos elementos se encuentran involucrados en la tonicidad de la uretra, en la coaptación de la misma, en la respuesta al incremento de presión abdominal para evitar la incontinencia como función normal de los elementos uretrales (octavio 3-4). La IUGE resulta de una leve a moderada deficiencia del esfínter interno y debilidad del soporte del piso pélvico, en condiciones normales no hay hipermobilitad del cuello vesical. El manejo pretende restaurar la relación anatómica entre la vejiga y la uretra.^{2,3}

TIPOS DE INCONTINENCIA

1. IUGE pura, anatómica, por hipermovilidad uretral tipo I, II y el tipo III deficiencia esfinteriana. Pérdida involuntaria de orina causada por un aumento de la presión abdominal con relación directa a la realización de esfuerzo (tos, estornuda o reír). Esto sucede en ausencia de contracción del detrusor y por soporte uretral inadecuado.
2. IU de urgencia. Pérdida involuntaria de orina, pero siempre relacionada a una súbita urgencia.
3. IU mixta. Ésta es una asociación entre la 1 y la 2.
4. IU por rebosamiento. Pérdida de orina asociada a una vejiga que se encuentra muy distendida con imposibilidad de vaciamiento.
5. IU total. Pérdida constante de orina debido al fallo completo de los esfínteres.⁴

CLASIFICACIÓN DE LA IUGE

En 1981 McGuire analizó las causas de las fallas quirúrgicas de las operaciones para incontinencia urinaria observando que en la mayoría de las pacientes en quienes fracasaba la cirugía tenían un deficiente mecanismo del esfínter. Blaivas reproduce esas consideraciones y plantea la clasificación que se conoce.

LA HIPERMOTILIDAD URETRAL

Tipos

- I. Mínimo descenso del cuello vesical y la uretra con incontinencia aparente, sin cistocele.
- II. Cistouretrocele obvio con escape urinario evidente durante el esfuerzo.

La deficiencia esfinteriana tipo III cuello vesical abierto durante la fase de llenado. Escape de orina con mínimo esfuerzo o permanentemente a través del meato. Usualmente historia de fracasos quirúrgicos anti-incontinencia o de trastornos neurológicos.^{4,5}

FACTORES DE RIESGO

Se han establecido factores de riesgo que debemos tener en cuenta en la población general para detectar aquellas pacientes que pueden tener IU, de los cuales mencionaremos algunos.

Los factores hereditarios se ha observado que en una familia donde la madre y hermanas mayores cursan con IU las siguientes también la tendrán. Respecto de la raza, la IU se observa más en las mujeres caucásicas. Por otra parte, la obesidad también está involucrada y la explicación que se da es debido a que la presión abdominal es mayor que en la gente que no tiene este problema. Estreñimiento crónico y el tabaquismo crónico también se han visto involucrados. El primero por el esfuerzo para evacuar y el segundo por la tos crónica en aquellos pacientes bronquíticos por el cigarro, la edad, personas mayores se ven involucrados trastornos anatómicos por pérdida de la anatomía del piso pélvico debido a los embarazos y los cambios en los tejidos por factores hormonales.⁵⁻⁸

DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Como todo estudio de cualquier paciente debe incluir una historia clínica completa teniendo especial atención en la exploración ginecológica y examen de rutina, el interrogatorio dirigido respecto a las características de la incontinencia anatómica quirúrgicamente curable es básico para diferenciarla de una alteración funcional u orgánica no relacionada precisamente con el esfuerzo. La demostración objetiva se logra realizando exploración física y uroginecológica cuidadosa, complementada con la prueba de Marshall o de Boney (1946-1949). Se recomienda que la paciente orine antes del examen y se registra el

volumen de la micción, se coloca a la paciente en posición de litotomía y se realiza exploración muy cuidadosa observando las características del periné y se le pide a la paciente que haga un esfuerzo para observar si protrulsa a través de la vagina, la vejiga o el útero en su defecto. Una maniobra que nos puede ser muy útil es la colocación de una sonda de Foley del número 14 Fr. para observar si existe orina residual, porque si existiera y fuera más de 50 mL esto nos puede hacer pensar que existe una disfunción neurogénica o de otro tipo, por lo que en este caso se sugiere la realización de una cistometría o endoscopia.

Con la vejiga llena se le pide a la paciente que realice una maniobra de Valsalva mediante estornudo o tos y se observa si existe salida de orina, así como cistocele o rectocele. Si no se demuestra la incontinencia en la posición de decúbito dorsal, se inclina la mesa a 45 grados y se repite la maniobra; si ésta es negativa entonces la paciente se pone de pie y se repite la maniobra de Valsalva; si se llega a observar la pérdida de orina entonces se aplica la maniobra de Marshall o de Boney corrigiendo el ángulo uretrovesical sin comprimir la uretra y se observa si se corrige el escape de orina, el cual si es positivo entonces la paciente es candidata a un procedimiento quirúrgico. El uretrocistograma miccional lateral se utiliza para evaluar la posición de la vejiga, la morfología de la vejiga y para evaluar los ángulos uretrovesicales como los ha postulado Green, estos en la actualidad ya no son de gran utilidad.^{7,9}

TRATAMIENTO

Existen cuatro categorías de tratamiento para la incontinencia urinaria, la selección de ellas dependerá del grado de incontinencia urinaria y de la afectación de la paciente.

CAMBIO EN LOS HÁBITOS

El cambio en los hábitos de consumo de líquidos y de vaciado vesical, así como modificar su nivel de actividad para evitar los movimientos bruscos, pueden mejorar los síntomas de incontinencia por esfuerzo.

TERAPIA DE LOS MÚSCULOS DEL PISO PÉLVICO

Ejercicios de Kegel (1948), los cuales se realizan siguiendo cuatro etapas de complejidad creciente

1. Trabajo activo del periné en decúbito supino.
2. Trabajo activo del periné sentado.

3. Contracción perineal asociada a ejercicios de otros grupos musculares, especialmente los sinérgicos antagonistas del periné.
4. Integración de la contracción perineal en las actividades cotidianas.

Ejercicios de Kegel con aditamentos o dispositivos vaginales (conos)

Este método consiste en la aplicación de los conos en forma creciente en su peso que va desde los 20 hasta los 70 g.

Electroestimulación

La terapia de estimulación eléctrica utiliza corriente de bajo voltaje para estimular y contraer el grupo apropiado de músculos. La terapia se puede realizar en casa o en una clínica; la duración de las sesiones son de 20 min y se realizan cada tercer día < o cada cuatro días.^{8-11,13}

MEDICAMENTOS^{10,11}

1. Estimulantes alfa adrenérgicos (fenilpropanolamina, pseudoefedrina)
2. Estrógenos
3. Anticolinérgicos (antimuscarínicos)
4. Relajantes musculotrópicos
5. Antagonistas del calcio
6. Antidepresivos tricíclicos

CIRUGÍA

El tratamiento quirúrgico sólo está indicado después de una exhaustiva evaluación y determinando el origen de la IU, una vez estudiada se deben explicar los riesgos potenciales y los beneficios del procedimiento que se vaya a realizar.

Existe una gran variedad de procedimientos quirúrgicos a realizar y cada uno tiene sus porcentajes de éxitos como de fracasos, mencionaremos la gran mayoría y al final explicaremos los que realizamos en nuestro hospital.

Inyección de colágeno

Este procedimiento está indicado en una disfunción del esfínter uretral, siendo un procedimiento quirúrgico menor, algunas series reportan 75% de mejoría.

Suspensión del cuello de la vejiga con aguja

Las pacientes tratadas con estas técnicas reportan una tasa de recuperación que va desde 40 al 84%.

Suspensión retropública

Las mujeres tratadas con estas técnicas (Colpo-suspensión de Burch y Marshall Marchetti Krantz) reportan una tasa de recuperación de 75 al 90%.

Procedimiento del cabestrillo

Se utiliza fascia de la misma paciente o material sintético que tiene la función de comprimir el esfínter únicamente la cinta transvaginal, con estos procedimientos las tasas de recuperación van del 80 al 90%.^{3,9-11,14,15}

Esfínter urinario artificial

Es raro su utilización en las mujeres; sin embargo sus indicaciones son más para trastornos neurológicos como causa de la incontinencia urinaria.¹⁰⁻¹²

TÉCNICAS USADAS EN EL HOSPITAL JUÁREZ EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA

Terapia mixta

En nuestra experiencia hemos utilizado la terapia de los músculos del piso pélvico junto con la electroestimulación, en la cual primero se ejercitan los músculos del piso pélvico con los ejercicios de Kegel colocando conos vaginales de distintos pesos y combinándolos con electroestimulación. El estimulador colocado en la vagina emite impulsos eléctricos que ocasionan reforzamiento del sistema inhibitorio vesical. Al mismo tiempo se obtiene una relación del detrusor, lo cual puede normalizar la disfunción vesicouretral con mejoría o cura de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestro hospital realizamos un estudio prospectivo, experimental, clínico poblacional con 30 pacientes con edades que iban de los 35 a los 60 años, que presentaban incontinencia urinaria genuina de esfuerzo en un lapso de seis meses de enero a junio del 2003 donde empleamos los ejercicios de Kegel y electroestimulación vía vaginal del piso pélvico mediante el electro estimulador ENS 931 de la marca Noin Einraf dotado de dos canales de funcionamiento sincronizado. La técnica de Shlomo Raz fue objeto de un estudio prospectivo con un número de 20 pacientes en el año de 1991, en el cual se incluyeron los distintos grados de incontinencia urinaria genuina de esfuerzo. Se realizó un estudio retrospectivo de 22 pa-

cientes a las cuales se les había realizado una técnica anti-incontinencia urinaria con cabestrillo de malla de polipropileno sin tensión evaluándolas a los 2, 6, 9 y 12 meses del postoperatorio haciendo un corte de la información al año.

RESULTADOS

Después del tratamiento combinado de los ejercicios de Kegel y la electroestimulación vaginal, la respuesta de mejoría fue de 93% y, aunque 7% mejoró, presentaba incontinencia urinaria en forma de gotas con el esfuerzo (Fig. 1). La taza de éxito con la uretrorsuspensión de Shlomo Raz a cuatro años fue de 90% (Fig. 2). Con el cabestrillo de malla de polipropileno el porcentaje de curación fue de 91% (Fig. 3).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestra serie son semejantes a los reportados internacionalmente.

CONCLUSIONES

Nosotros recomendamos como técnicas quirúrgicas para tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo la uretrorsuspensión o el cabestrillo suburetral, pero siempre antes de ellas intentar con los ejercicios de Kegel y con medicamentos, si fallan entonces la mejor técnica será la que mejor manejen.

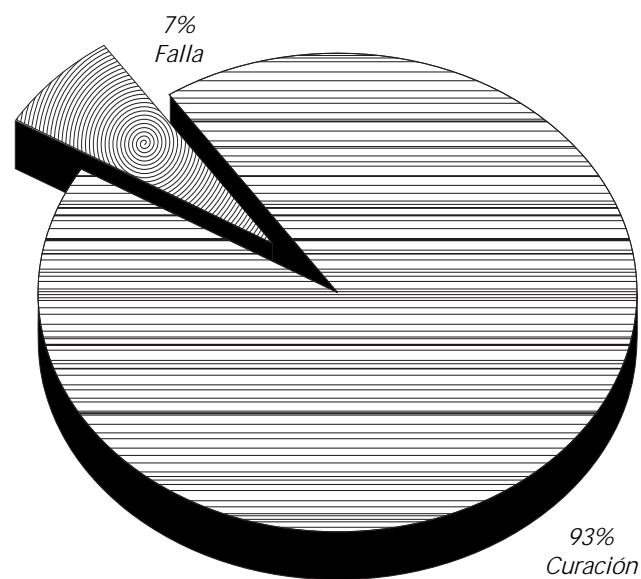


Figura 1. IUE resultados. Electroestimulación y ejercicios de Kegel.

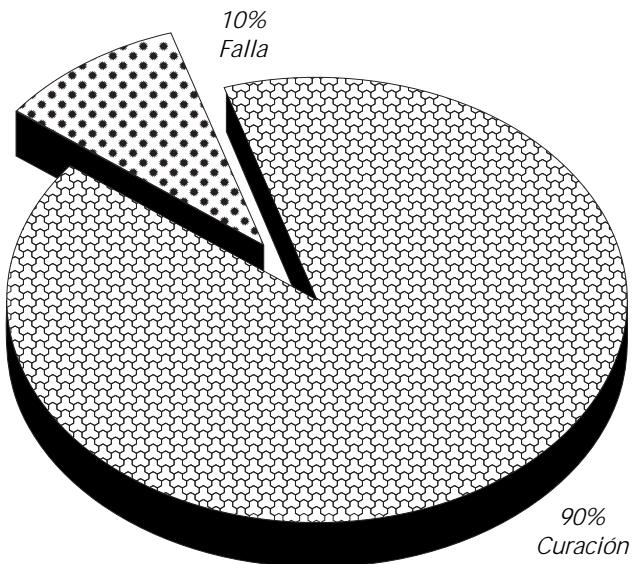


Figura 2. IUE resultados. Técnica de Shlomo Raz.

REFERENCIAS

1. García FP, Pérez SG. Manejo quirúrgico y complicaciones de la incontinencia urinaria de esfuerzo: nuestra experiencia en 385 pacientes operados en los últimos 25 años. Act Urol Esp 2003; 27(2): 92-6.
2. Bemelmans B, Chapple R. Are swing the gold standard treatment for the management of female urinary stress incontinent and if so which technique. Urogynaecology 2003; 13(4): 301-7.
3. González EE, Luján M. Análisis comparativo de complicaciones entre las diferentes técnicas empleadas para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Act Uro Esp 2002; 23(5): 322-9.
4. Briones MG, Jiménez CM. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina con el sistema TTV (Tension Free Vaginal Tape) nuestra experiencia. Act Urol Esp 2001; 25(6): 423-9.
5. Kuo HK, Chorng Q. Anatomical and functional results of pubovaginal swing procedure using polypropylene mesh for the treatment of stress urinary incontinent. Urology 2001; 166(2): 152-7.
6. Trabucco AF, Biltstein JM. A novel composite sling for the treatment of stress urinary incontinence: first clinical experience. Journal of pelvic Medicine and Surgery 2004; 10(2): 63-70.
7. Walters M, Daneshgary D. Surgical Management of Stress Urinary Incontinence. Clinical Obstetrics and Gynecology 2004; 47(1): 93-103.

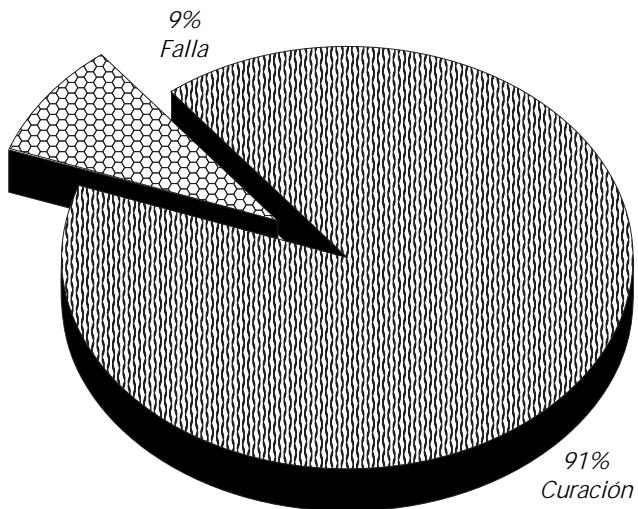


Figura 3. IUE resultados. Técnica cabestrillo de polipropileno.

8. Chiarelli PJ. Compliance with pelvic floor exercise program: maintaining bladder symptom relief. Urol Nurs Apr; 20(2): 129-31.
9. Truijen G, Wyndaele JJ. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: who will benefit. Int Urogynecol J pelvic floor Dysfunt 2001; 12(6): 386-90.
10. Arvonen T, Tyini I, Lenne R. Eases of two conservative modes of physical therapy in women with urinary stress incontinence. Neurol Urodyn 2002; 20(5): 591-9.
11. Jensen JK. The role of the patient history in the diagnostic of urinary incontinence. Obstet Gynecol 1999; 83: 904-10.
12. Benson JT. Neurophysiology of the lower urinary tract. Clin Urogynecology 2001; 123(4): 234-7.
13. Maldonado ME, Robelo WI. Programa de rehabilitación del piso pélvico en mujeres con incontinencia urinaria Genuina de Esfuerzo. Escuela de Medicina Física y Rehabilitación "Adele Ann Yglesias" ABC; 2004.
14. Bazán SA. Incontinencia urinaria en la mujer corrección quirúrgica con la técnica de Shlomo Raz. UNAM; 1991.
15. López CO. Utilización de cabestrillo con malla de polipropileno sin tensión en el tratamiento de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo en el Hospital Juárez de México. UNAM; 2005.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Carlos Viveros Contreras
 Servicio de Urología Hospital Juárez de México
 Av. Instituto Politécnico Nacional 5610
 Col. Magdalena de las Salinas
 C.P. 07760, México, D.F.
 Tel.: 5547-7560