

Relación entre incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos

Kiyoshi A Macotella-Nakagaki,¹ Horacio Suárez del Puerto,² Benjamín Valente-Acosta,³ Paulina Chabat-Manzanera⁴

RESUMEN

Antecedentes: la incontinencia urinaria puede afectar a 70% de las mujeres; el prolapso de órganos pélvicos tiene una prevalencia de 41% en mujeres posmenopáusicas mayores de 60 años; sin embargo, la mayoría no está clínicamente afectada.

Objetivo: valorar la relación del prolapso de órganos pélvicos en pacientes con incontinencia urinaria diagnosticada por urodinamia y con cuál de los subtipos se relaciona en mayor medida.

Material y método: estudio observacional, retrospectivo y descriptivo basado en la revisión de expedientes de pacientes con síntomas de incontinencia urinaria a quienes se efectuó estudio urodinámico.

Resultados: de 85 pacientes, en 85% se observó el prolapso en incontinencia mixta versus incontinencia de urgencia en 46.9% e incontinencia de esfuerzo en 34.9%, con una p de 0.034. El 89.5% de las mujeres con prolapso tuvieron algún tipo de incontinencia, con $RM = 2.38$ (IC 1.844-3.078, $p=0.023$).

Palabras clave: prolapso, POP-Q, incontinencia urinaria.

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence affects up to 70% of women and pelvic organ prolapse has a prevalence of 41% in postmenopausal women over 60 years, but most are not clinically affected.

Objective: Sought to assess the relationship of pelvic organ prolapse in patients with urinary incontinence diagnosed by urodynamic and which of the sub-types is related to a greater extent.

Material and methods: We performed an observational, retrospective, descriptive, in which we reviewed records of patients with symptoms of urinary incontinence undergoing urodynamic study, evaluating a total of 85 patients.

Results: Prolapse was noted in mixed incontinence by 80%, compared to 46.9% with urge incontinence or stress incontinence 34.9%, p 0.034. 89.5% of women with prolapse had some form of incontinence, associated with an $OR = 2.38$ (CI 1.844-3.078, $p = 0.023$).

Key words: Pelvic Organ Prolapse, POP-Q, Urinary Incontinence

RÉSUMÉ

Antécédents: La incontinence urinaire est susceptible d'affecter même à 70 % des femmes; le prolapsus d'organes), a une prévalence de 41 % chez les femmes ménopausées plus de 60 ans; toutefois, la plupart n'est cliniquement touchée.

Objectif: Évaluer les relations du prolapsus d'organes), chez les patients incontinence urinaire diagnostiquée par urodinamie et avec lequel des sous-types se rapporte davantage.

Matériel et méthode: Étude observée, rétrospectif et descriptif fondé sur la révision des dossiers des patients présentant des symptômes d'incontinence urinaire à ceux qui a eu lieu étude urodynamique.

Résultats: De 85 patients, 85 % il a été noté le prolapsus en incontinence mixte versus incontinence d'urgence en 46.9 % et incontinence d'effort 34.9 %, avec une p de 0.034. Le 89.5 % des femmes avec prolapsus ont eu un type d'incontinence, avec $RM = 2.38$ (IC 1.844-3.078, $p=0.023$).

Mots clés: Prolapsus, POP-Q, incontinence urinaire.

RESUMO

Antecedentes: A incontinência urinária pode afetar até 70% das mulheres; prolapso de órgãos pélvicos tem uma prevalência de 41% em mais de 60 mulheres na pós-menopausa; No entanto, a maioria não é clinicamente afetada.

Objetivo: Avaliar a relação de prolapso dos órgãos pélvicos em pacientes com incontinência urinária diagnosticada por Urodinâmica e o subtipos está relacionado a uma extensão maior.

Material e método: Estudo retrospectivo, observacional e descritivo baseado em revisão de prontuários de pacientes com sintomas de incontinência urinária, que realizou-se estudo urodinâmico.

Resultados: 85 pacientes, 85% foi observada em prolapso em incontinência mista versus urge-incontinência em incontinência de estresse e 46,9% em 34,9%, com um p de 0,034. A 89,5% das mulheres com prolapso tinha algum tipo de incontinência, com $RM = 2.38$ (IC 1.844-3.078, $p = 0,023$).

Palavras-chave: Prolapso, incontinência urinária, POP-Q.

Con el avance de la edad en la población, los ginecoobstetras tienen mayor probabilidad de encontrar mujeres con prolapso de órganos pélvicos, puesto que su prevalencia es de 41% en mujeres posmenopáusicas mayores de 60 años. El riesgo de por vida de ser operadas de prolapso o incontinencia urinaria se estima en 11%.¹ Si bien casi la mitad de las mujeres que han tenido hijos pueden identificarse con algún grado de prolapso en la exploración física, la mayoría no está clínicamente afectada. La incontinencia urinaria afecta de 10 a 70% de las mujeres.² La prevalencia de incontinencia parece aumentar gradualmente durante la vida adulta joven, con un pico ancho alrededor de la edad media, y luego se incrementa de manera constante en las personas de edad avanzada.³

Entre las mujeres con incontinencia ambulatoria, la condición más común es la de esfuerzo, que representa 29 a 75% de los casos, la hiperactividad del detrusor representa 7-33% de los casos, el resto son formas mixtas.⁴

Los principales factores de riesgo incluyen: edad, multiparidad, partos vaginales, uso de fórceps, histerectomía, cirugía por prolapso o incontinencia; la nuliparidad no proporciona protección absoluta en contra de esta afección.^{4,5}

Evaluación de la incontinencia urinaria de esfuerzo con prolapso de órganos pélvicos

La cistometría es la prueba clave para la evaluación urodinámica de los síntomas de incontinencia urinaria de

esfuerzo. De acuerdo con el informe de terminología de la Sociedad Internacional de Continencia,⁶ incontinencia urodinámica de esfuerzo es la observación de fuga uretral durante el aumento de la presión abdominal, en ausencia de contracción del detrusor. Los estudios sugieren que la cistometría tiene diferentes sensibilidad y especificidad para el síntoma de incontinencia urinaria de esfuerzo, en función de la coexistencia de otros síntomas (incontinencia urinaria mixta). El síntoma de incontinencia urinaria de esfuerzo tiene un valor predictivo positivo de 56% para incontinencia urodinámica de esfuerzo pura y 79% para incontinencia urodinámica de esfuerzo con otras anormalidades.⁷

La urodinámica con fluoroscopia, o videourodinamia, suele ser útil en la evaluación de la incontinencia urinaria y el prolapso. Bajo fluoroscopia, la uretra y la base de la vejiga se observan en la fase de llenado, buscando específicamente si el cuello de la vejiga se cierra en reposo. Si existe un prolapso significativo puede ser necesario obtener imágenes fluoroscópicas con la paciente en posición oblicua para determinar si existe hipermovilidad uretral, o para repetir las imágenes con un pesario o con un paquete vaginal para reducir el prolapso. Durante las maniobras de esfuerzo el cuello de la vejiga y la uretra se evalúan por apertura y fugas.

Las mujeres con prolapso severo pueden no tener síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo pero sí cuando el prolapso se reduce; por esto es decisivo realizar pruebas urodinámicas para evaluar la existencia de incontinencia de esfuerzo “oculta” antes de la cirugía, para identificar a las pacientes que requieren cirugía de incontinencia en el momento de la reparación del prolapso. En estas pacientes la cistometría puede realizarse con el prolapso reducido mediante un pesario.

La incontinencia urinaria de esfuerzo oculta se demuestra cuando la paciente no tiene pérdida en los estudios urodinámicos, sin reducción del prolapso, pero sí cuando el prolapso se reduce. Una revisión de la bibliografía por la Tercera Consulta Internacional sobre Incontinencia, encontró que no existe una prueba confiable que pueda demostrar que las pacientes con prolapso están en riesgo de incontinencia postoperatoria.⁸

El objetivo del estudio fue: valorar la relación del prolapso de órganos pélvicos en pacientes con incontinencia urinaria diagnosticada por urodinamia y con cuál subtipo de incontinencia se relaciona más.

¹ Residente de Ginecoobstetricia.

² Profesor titular del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia.

³ Residente de Medicina Interna.

⁴ Médico ginecoobstetra.
Centro Médico ABC Santa Fe, México DF.

Correspondencia: Dr. Kiyoshi A Macotela-Nakagaki
Av. Carlos Graef Fernández 154
05300 México DF
k_macotela@hotmail.com

Recibido: 7 de octubre 2013
Aceptado: 24 de octubre 2013

Este artículo debe citarse como: Macotela-Nakagaki KA, Suárez del Puerto H, Valente-Acosta B, Chabat-Manzanera P. Relación entre incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:711-715.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo consistente en la revisión de 115 expedientes de pacientes con síntomas de incontinencia urinaria a quienes se practicó un estudio urodinámico en una clínica de referencia de urodinamia entre los años 2008 a 2013 con un equipo Dante Minuet. Se excluyeron 30 expedientes que no reunieron todos los requisitos necesarios: 15 tenían expedientes incompletos y 15 sí contaban con un estudio urodinámico normal. Se tomaron para el estudio las pacientes con diagnóstico urodinámico realizado en el periodo de estudio, con insistencia en los antecedentes de hijos macrosómicos, aplicación de fórceps o vacuum extractor, y calificación de POP-Q para evaluar el prolapso de órganos pélvicos en la historia clínica.

Criterios de inclusión: mujeres de 20 años de edad o más referidas a la clínica de urodinamia; estudio urodinámico de cuatro canales; expediente con historia clínica y exploración uroginecológica.

Criterios de exclusión: expediente incompleto, embarazadas, puerperio menor de seis meses, problemas neurológicos, problemas secundarios a radioterapia o cirugía pélvica radical por patología pélvica.

Puesto que se trató de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, no se solicitó consentimiento informado de las pacientes porque sólo se pretende describir la relación entre incontinencia urinaria diagnosticada con estudio urodinámico y el prolapso de órganos pélvicos.

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva con promedio \pm desviación estándar para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentaje para variables cualitativas. Para evaluar la relación entre variables cuantitativas se usó el coeficiente de correlación de Pearson. La *t* de Student se utilizó para detectar diferencias significativas entre variables cuantitativas agrupadas según diferentes variables categóricas. Se realizaron tablas de 2 x 2 con χ^2 para valorar diferencias entre variables categóricas. Todos los datos de probabilidad fueron pruebas de dos colas, los valores menores de 0.05 se consideraron estadísticamente significativos. Todos los análisis se realizaron con IBM SPSS Statistics para MAC, versión 20.

RESULTADOS

Se revisaron 100 estudios urodinámicos en los que 15 pacientes tuvieron un estudio urodinámico normal o con algún hallazgo no diagnóstico de incontinencia urinaria, por eso se excluyeron del estudio; sólo se analizaron 85 pacientes. Las características de nuestras pacientes se muestran en el Cuadro 1, agrupadas según el diagnóstico del estudio urodinámico.

La concordancia entre el diagnóstico clínico y el de incontinencia por estudio de urodinamia se muestra en el Cuadro 2.

En el Cuadro 3 se grafican los tipos de incontinencia y presentación de prolapso; la incontinencia mixta tiene el mayor porcentaje de prolapso con 80%, comparada con la incontinencia de urgencia 46.9% o la incontinencia de esfuerzo 34.9%, esto fue significativo con una *p* de 0.034.

DISCUSIÓN

El prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria son dos afecciones que se ven con mayor frecuencia en la consulta ginecológica debido al avance en la edad de la población. Como se demuestra en nuestro estudio, el grado de prolapso se correlacionó directamente con la edad ($r=0.335$, $p=0.001$) y número de partos ($r=0.279$, $p=0.005$) y se correlacionó inversamente con el número de cesáreas ($r=-0.218$, $p=0.029$). Se encontró que tuvieron más embarazos las pacientes con incontinencia de urgencia e incontinencia de origen mixto, en comparación con la incontinencia de esfuerzo. De las mujeres con prolapso, 21.1% tenían antecedente de uso de fórceps, que se asoció con una RM=6 (IC=1.19-30.22, $p=0.017$), por lo que el uso de fórceps incrementa el riesgo seis veces más de prolapso de órganos pélvicos.

El 89.5% de las mujeres con prolapso tuvieron algún tipo de incontinencia. En conclusión: el prolapso se asoció con una RM = 2.38 (IC 1.844-3.078, $p=0.023$), por lo que el prolapso incrementa al doble el riesgo de sufrir incontinencia urinaria en cualquiera de sus subtipos. La incontinencia no se relacionó con el número de cirugías pélvicas previas, el uso de fórceps o el antecedente de productos macrosómicos.

La incontinencia urinaria es frecuente; sin embargo, en algunas ocasiones está enmascarada, sobre todo en

Cuadro 1. Características de la población estudiada

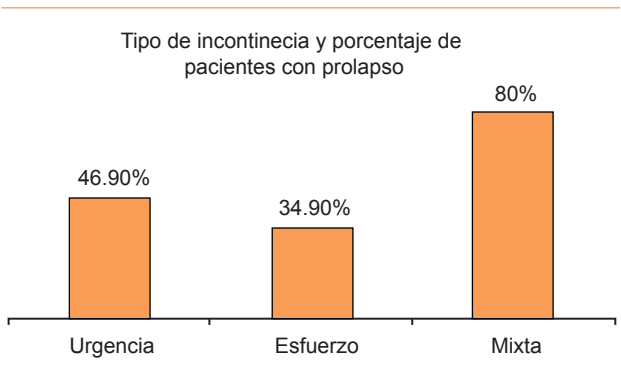
<i>Variables</i>	<i>Incontinencia de urgencia n=32</i>	<i>Incontinencia de esfuerzo n=43</i>	<i>Incontinencia mixta = 10</i>	<i>p</i>
Edad	51.28 (13.17)	51.63 (10.19)	56.1 (13.97)	NS
Embarazos	3.88 (2.13)	2.95 (1.17)	3.6 (2.01)	0.066
Partos	2.75 (2.33)	2.3 (1.26)	2.6 (1.84)	NS
Cesáreas	0.56 (0.95)	0.23 (0.61)	0.50 (0.71)	NS
Abortos	0.56 (1.01)	0.42 (0.73)	0.50 (0.97)	NS
Cirugía pélvica previa, si (%)	16 (50%)	26 (60.4%)	6 (60%)	NS
Macrosomía, si (%)	9 (28.1%)	9 (20.9%)	4 (40%)	NS
Uso de fórceps, si (%)	3 (9.4%)	5 (11.6%)	2 (20%)	NS
Prolapso, si (%)	15 (46.9%)	15 (34.9%)	8 (80%)	0.034
Grado I	0	0	0	
Grado II	6 (18.8%)	4 (9.3%)	3 (30%)	NS
Grado III	6 (18.8%)	10 (23.3%)	5 (50%)	NS
Grado IV	3 (9.4%)	1 (2.3%)	0	NS

Cuadro 2. Clasificación de las pacientes según el estudio de urodinamia

<i>Diagnóstico clínico</i>	<i>Incontinencia según estudio urodinámico</i>			<i>TOTAL</i>
	<i>Urgencia</i>	<i>Esfuerzo</i>	<i>Mixta</i>	
Sin incontinencia	1 3,1%	1 2,3%	0 0,0%	2 2.4%
Urgencia	10 31,2%	3 7,0%	0 0,0%	13 15.3%
Esfuerzo	10 31,2%	24 55,8%	2 20,0%	36 42.4%
Mixta	11 34,4%	15 34,9%	8 80,0%	34 40%

describir una disminución de las pérdidas urinarias asociada con el cistocele, que enmascara la incontinencia. Por tal motivo la valoración de las pacientes con incontinencia o prolapso de órganos pélvicos debe ser integral porque la correlación entre las dos es importante. Este estudio es relevante debido a que hay pocos acerca de la relación entre los subtipos de incontinencia con prolapso. En la valoración de las pacientes a menudo pasa inadvertida alguna de las dos afecciones, por esto hay que estar conscientes que incluso 89.5% de las pacientes con prolapso sufren incontinencia urinaria, sobre todo mixta o de urgencia.

Cuadro 3. Relación de los subtipos de incontinencia con prolapso



casos de debilidad de los soportes de la uretra e hipermovilidad uretral. En caso de cistocele, la paciente puede

REFERENCIAS

1. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89:501-506.
2. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. 2nd ed. Plymouth, UK: Health Publication Ltd; 2002. (Level III)
3. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag*. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1150-1157. (Level II-3)
4. Jack GS, Nikolova G, Vilain E, Raz S, Rodriguez LV. Familial transmission of genitovaginal prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17:498-501.

5. Dimpfl T, Jaeger C, Mueller-Felber W, et al. Myogenic changes of the levator ani muscle in premenopausal women: the impact of vaginal delivery and age. *Neurourol Urodyn* 1998;17:197.
6. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:116-126.
7. Harvey MA, Versi E. Predictive value of clinical evaluation of stress urinary incontinence: a summary of the published literature. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dys Funct* 2001;12:31-7.
8. Griffiths D, Kondo A, Bauer S, et al. Dynamic testing. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, editors. *Incontinence (3rd International Consultation on Incontinence)*. Paris: Health Publications, 2005;585-674.

Consejo Directivo 2013-2015



Dr. Ernesto Castelazo Morales
Presidente de FEMECOG
2013-2015

Dr. Sergio Fajardo Dueñas
Vicepresidente

Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz
Primer Secretario Propietario

Dr. Rodrigo Zamora Escudero
Segundo Secretario Propietario

Dr. Ranferi Gaona Arreola
Primer Secretario Suplente

Dr. Xavier Aguirre Osete
Segundo Secretario Suplente

Dr. Jorge Tommasi Pedraza
Tesorero

Dr. Francisco Javier Bernárdez Zapata
Subtesorero