



Sección IV: capítulo 4

Disfunción vesical, sexual e intestinal Bladder, sexual and intestinal dysfunction

Dr. Víctor Hugo Gómez Arias

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, Ciudad de México.

Citar como: Gómez AVH. Disfunción vesical, sexual e intestinal. *Neurol Neurocir Psiquiatr.* 2023; 51 (2): 102-104. <https://dx.doi.org/10.35366/113427>

DISFUNCIÓN VESICAL

Los síntomas urinarios debidos a disfunción vesical se presentan hasta en 90%¹ de los pacientes con esclerosis múltiple en algún momento del curso de la enfermedad. La mitad de los pacientes con esclerosis múltiple que no presentan síntomas clínicos tendrán alteraciones en estudios urodinámicos.² El funcionamiento vesical requiere la integridad de reflejos del sistema nervioso autónomo con participación de estructuras centrales en corteza frontal, tallo cerebral y médula espinal.³

La disfunción de la vejiga se puede clasificar en tres categorías:⁴

1. Llenado deficiente, manifestado por urgencia, aumento de frecuencia, nicturia, incontinencia con Valsalva.
2. Vaciado deficiente, manifestado por sensación de vaciado incompleto, vacilación urinaria o incapacidad para orinar, chorro urinario lento o intermitente, tenesmo vesical, incontinencia sin sensación de plenitud vesical.
3. Disfunción mixta (llenado y vaciado).

Se debe tratar de identificar el tipo de disfunción para guiar el estudio y el tratamiento posteriores,⁵ aunque es importante tener en cuenta que los síntomas pueden ser similares y no siempre se puede identificar el tipo exacto de disfunción mediante el interrogatorio.¹ Es conveniente que

el paciente lleve un diario de su hábito vesical, con dos o tres días de registro para caracterizar mejor las alteraciones.⁵ El interrogatorio también debe incluir las comorbilidades y fármacos que puedan contribuir a la alteración vesical. En presencia de síntomas, se justifica una evaluación urológica adicional que puede incluir⁵ estudios urodinámicos, videourodinamia, electromiografía.

Estrategias terapéuticas para disfunción del llenado vesical:⁵⁻⁷

No farmacológicas: mantener peso saludable, suspender hábito tabáquico, ejercicios del suelo pélvico (Kegel), restricción hídrica, evitar beber líquidos antes de dormir o si el paciente realizará alguna actividad sin baño accesible, micción programada a intervalos regulares, evitar irritantes y diurético como cítricos, cafeína o alcohol, evitar el estreñimiento para reducir la presión intraabdominal.

Farmacológicas: anticolinérgicos son de primera línea. La dosis debe individualizarse y titularse cada una a dos semanas en función de la eficacia y los efectos secundarios. Oxibutinina 5-10 mg dos o tres veces al día, tolterodina 1-2 mg dos veces al día, darifenacina 7.5-15 mg una vez al día, solifenacina 5-10 mg una vez al día, fesoterodina 4-8 mg una vez al día. Agonista beta-3 adrenérgico es de segunda elección, los principales efectos adversos son hipertensión, cefalea, angioedema e inhibición del CYP2D6. Mirabegrón 25-50 mg una vez al día. Otras opciones incluyen desmopresina, exclusivamente para el tratamiento de la nicturia, 0.2-0.4 mg 30

Recibido: 15/04/2023. Aceptado: 09/05/2023.

Correspondencia: Dr. Víctor Hugo Gómez Arias
E-mail: dr.vhga@gmail.com



minutos antes de dormir con determinaciones periódicas de niveles de sodio.

Tratamientos invasivos: toxina botulínica intravesical para relajar el músculo detrusor. Los beneficios suelen durar de 10 a 12 meses. Los efectos secundarios incluyen retención urinaria, infección urinaria y, en raras ocasiones, debilidad muscular por absorción sistémica. Capsaicina intravesical puede ser útil. Los efectos secundarios incluyen sensación de dolor suprapúbico, aumento de la incontinencia y hematuria macroscópica. Neuromodulación sacra mediante colocación de un neuroestimulador hacia el nervio sacro. Otra opción es la cistoplastia de aumento para ampliar quirúrgicamente la vejiga y aumentar su capacidad, lo cual reduce la presión del detrusor; sin embargo en los estudios clínicos formales los datos de su eficacia son limitados.

Estrategias terapéuticas para disfunción del vaciamiento vesical:^{5,8}

Cateterismo intermitente es de elección en pacientes con EM con retención urinaria crónica. La frecuencia depende de la severidad de los síntomas, aunque se debe intentar lograr un vaciado de 250-500 mL con cada cateterismo. La colocación de un catéter suprapúbico o urostomía se reserva para la retención urinaria grave de pacientes en quienes no es factible cateterismo uretral. Se deben evitar sondas uretrales permanentes.

Las infecciones urinarias son una comorbilidad frecuente, ocurren en aproximadamente 80% de los pacientes.¹ La disfunción vesical aumenta el riesgo de estas infecciones, sobre todo cuando se requiere cateterismo intermitente. Los síntomas urinarios crónicos derivados de infecciones pueden superponerse a los de la disfunción vesical en sí. Los síntomas urinarios deben ser evaluados mediante análisis y cultivo de orina⁹ para establecer tratamiento. La bacteriuria asintomática no debe tratarse. El uso de antibióticos a largo plazo y la profilaxis antibiótica deben ser evitados.

DISFUNCIÓN SEXUAL

La disfunción sexual es una complicación frecuente en los pacientes con esclerosis múltiple y puede afectar tanto a hombres como a mujeres. En los hombres, los problemas más comunes incluyen disfunción eréctil, disminución de la libido y dificultades en la eyaculación. En las mujeres, se pueden presentar trastornos en la excitación sexual, disminución de la lubricación vaginal y dificultades para alcanzar el orgasmo.¹ Estos síntomas son multifactoriales, influyen en ellos aspectos psicológicos, así como la presencia de otros síntomas de la enfermedad. El impacto de la disfunción sexual en la calidad de vida de los pacientes

con esclerosis múltiple es significativo y el manejo debe ser multidisciplinario con urólogos, ginecólogos y psicólogos.⁵

Estrategias en el tratamiento:^{5,10,11}

En la disfunción eréctil, los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 orales son los recomendados como tratamiento médico de primera línea, siendo cefalea, enrojecimiento facial y dispepsia los principales efectos adversos. Las inyecciones intracavernosas de fármacos vasoactivos (solos o en combinación) se consideran el tratamiento de segunda línea, se tiene dolor y priapismo como efectos adversos. Dispositivos mecánicos como bombas de vacío y anillos podrían ser efectivos y pueden ser ofrecidos a los pacientes. Las prótesis de pene son un tratamiento reservado para pacientes seleccionados.

La mayor barrera para la actividad sexual en la mujer es la incontinencia urinaria y los problemas de movimiento y espasticidad, por lo que deben ser identificados y tratados. El sildenafil puede mejorar la excitación sexual subjetiva.

DISFUNCIÓN INTESTINAL

La disfunción intestinal es altamente prevalente en pacientes con esclerosis múltiple y es multifactorial.¹² Tanto el estreñimiento como la incontinencia fecal pueden afectar a los pacientes y el impacto en su vida es significativo. Si bien la duración de la enfermedad y la discapacidad pueden aumentar la probabilidad de desarrollar estos síntomas, incluso los pacientes con enfermedad estable y de corta duración, con discapacidad menor, pueden tener síntomas.¹³

Al ser multifactorial, ante la presencia de síntomas intestinales, siempre deben evaluarse las comorbilidades como diabetes y antecedentes de lesiones obstétricas. Dadas las vías neurológicas comunes de los órganos pélvicos, la disfunción urogenital debe evaluarse adecuadamente. También hay que señalar que existe una mayor incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con esclerosis múltiple, que debe ser investigada.¹⁴ Asimismo se debe analizar el posible efecto de los medicamentos utilizados por el paciente, en particular fármacos antimuscarínicos y fármacos utilizados para la espasticidad, como el baclofeno. La polifarmacia en general puede ser una causa de estreñimiento, mientras que la metformina, las estatinas y los antibióticos pueden ser responsables de heces blandas.¹³

Estrategias de tratamiento:^{12,14,15}

Cambios en la dieta: aumento en la cantidad de fibra y adecuada hidratación. Algunas medidas adicionales pueden incluir masaje abdominal, utilizando la palma de la mano en un movimiento circular de derecha a izquierda.

Laxantes: se indican por la noche y hay varias opciones. *Psyllium* es un agente de carga que podría funcionar para el estreñimiento de tránsito lento. Lactulosa se recomienda en pacientes con síntomas leves porque debido a la fermentación y producción de metano puede aumentar la distensión. El polietilenglicol es preferible, ya que no depende de la fermentación bacteriana para su activación, es bastante efectivo y la dosis se puede ajustar dentro de un amplio rango. Los supositorios de bisacodilo actúan como estimulantes rectales y tienen un inicio de acción muy rápido. La prucaloprida es un agonista 5-HT4 altamente selectivo que ha demostrado ser efectivo en pacientes con estreñimiento crónico, se han reportado efectos adversos como cefalea, náuseas, dolor abdominal y diarrea, por lo que se considera de segunda línea.

Biorretroalimentación: aborda la disinerxia del piso pélvico, así como la debilidad del esfínter y la capacidad de identificar el contenido rectal, mientras se aprende a resistir la necesidad de defecar, puede mejorar los síntomas de estreñimiento y de incontinencia fecal. Tres estudios han demostrado su eficacia en pacientes con esclerosis múltiple. Ningún estudio comparativo ha demostrado que sea superior a un régimen intestinal bien establecido, pero en la práctica actual se considera como el siguiente paso si la terapia con laxantes ha fallado.

Neuroestimulación sacra: es un procedimiento de dos etapas. Después de un periodo de prueba de dos semanas, si se registra un efecto positivo a través de un diario intestinal, se implanta un estimulador permanente. Se ha informado una mejoría en la incontinencia fecal que oscila entre 59 y 92% en pacientes con lesiones medulares. Menor evidencia en esclerosis múltiple específicamente. Se debe considerar que, en esclerosis múltiple, la eficacia de la estimulación puede perderse con la progresión y también que portar el dispositivo puede limitar la realización de resonancias magnéticas necesarias en el seguimiento de la enfermedad.

Enemas evacuantes: mejora los síntomas en estreñimiento severo y reduce el tiempo dedicado al baño. Es un tratamiento rentable, que reduce la necesidad de ingresos hospitalarios, consultas médicas e infecciones urinarias. La participación del paciente y cuidador es esencial para obtener un resultado exitoso.

Colostomía: en incontinencia fecal grave. Reduce el tiempo dedicado al cuidado intestinal y puede brindar independencia, al mejorar la calidad de vida de los pacientes. Aunque puede existir resistencia de parte de los

pacientes a su realización, en estudios posteriores se ha encontrado que un gran porcentaje afirma que “desearía haberlo hecho antes”.

Cirugía de reparación de esfínteres anales: opción en algunos casos de incontinencia fecal grave, reservado para casos refractarios al resto de tratamientos.

REFERENCIAS

1. Declémy A, Haddad R, Chesnel C, Charlanes A, Le Breton F, Sheikh Ismael S, et al. Prevalence of comorbidities in multiple sclerosis patients with neurogenic bladder. *Prog Urol*. 2021; 31 (12): 732-738.
2. Erden E, Ersoz M, Tiftik T, Erden E. The neurogenic bladder characteristics and treatment approaches in the patients with multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord*. 2022; 58: 103439.
3. Benarroch EE. Neural control of the bladder: recent advances and neurologic implications. *Neurology*. 2010; 75 (20): 1839-1846.
4. Thomas S, Bradley J, Cole G, Girvan M, Metcalfe G, Naik P, et al. The neurogenic bladder: developing a consensus bladder and bowel management pathway for people with MS. *Br J Nurs*. 2022; 31 (21): 1088-1095.
5. Groen J, Pannek J, Castro Diaz D, Del Popolo G, Gross T, Hamid R, et al. Summary of European Association of Urology (EAU) Guidelines on Neuro-Urology. *Eur Urol*. 2016; 69 (2): 324-333.
6. Madhuvrata P, Singh M, Hasafa Z, Abdel-Fattah M. Anticholinergic drugs for adult neurogenic detrusor overactivity: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol*. 2012; 62 (5): 816-830.
7. Ginsberg D, Cruz F, Herschorn S, Gousse A, Keppenne V, Aliotta P, et al. OnabotulinumtoxinA is effective in patients with urinary incontinence due to neurogenic detrusor overactivity [corrected] regardless of concomitant anticholinergic use or neurologic etiology. *Adv Ther*. 2013; 30 (9): 819-833.
8. Wyndaele JJ, Kovindha A, Madersbacher H, Radziszewski P, Ruffion A, Schurch B, et al. Neurologic urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010; 29 (1): 159-164.
9. Goetz LL, Cardenas DD, Kennelly M, Bonne Lee BS, Linsenmeyer T, Moser C, et al. International spinal cord injury urinary tract infection basic data set. *Spinal Cord*. 2013; 51 (9): 700-704.
10. Lombardi G, Nelli F, Celso M, Mencarini M, Del Popolo G. Treating erectile dysfunction and central neurological diseases with oral phosphodiesterase type 5 inhibitors. Review of the literature. *J Sex Med*. 2012; 9 (4): 970-985.
11. Forsythe E, Horwell JE. Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2006; 44 (4): 234-241.
12. Wyndaele JJ, Kovindha A, Igawa Y, Madersbacher H, Radziszewski P, Ruffion A, et al. Neurologic fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010; 29 (1): 207-212.
13. Preziosi G, Gordon-Dixon A, Emmanuel A. Neurogenic bowel dysfunction in patients with multiple sclerosis: prevalence, impact, and management strategies. *Degener Neurol Neuromuscul Dis*. 2018; 8: 79-90.
14. Marrie RA, Reider N, Cohen J, Stuve O, Sorensen PS, Cutter G, et al. A systematic review of the incidence and prevalence of autoimmune disease in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2015; 21 (3): 282-293.
15. Krassioukov A, Eng JJ, Claxton G, Sakakibara BM, Shum S. Neurogenic bowel management after spinal cord injury: a systematic review of the evidence. *Spinal Cord*. 2010; 48 (10): 718-733.