

Uso de la urodinamia clínica en la evaluación pre y postoperatoria en pacientes tratadas por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo mediante Cincha Trans-obturatriz (CTO)

Dra. Beatriz Masena¹, Dr. Leonel Briozzo²

1. Ginecotocóloga. Centro Auxiliar de Young. Río Negro. Argentina. # \$ail% &et\$as ' "a(oo.co\$
2.)roesor Ad+unto Clínica Ginecotocológica ,A,.)roesor -os. #.)ons. /acultad de Medicina.
!ni0ersidad de la Re12&lica. #3\$ail% l&riozzo ' *\$ed.edu.u".

Resumen

Objetivo. #1 o&+eti0o del tra&a+o es 0alorar los ca\$&ios en la urodina\$ia cl&nica realizada co\$ o e0aluaci&n 1re " 1osto1eratoria en 1acientes con incontinencia urinaria *e\$enina de es*uerdo 45 ! #6, tratadas \$ mediante **la cincha transobturatriz (CTO)**.

Métodos. Se incluyeron 18 pacientes con diagnóstico clínico "Dolores de cistitis crónica con síntomas de infección urinaria" a quienes se indicó la colocación de una sonda

suburetral, con acceso a la región 1or Oía transuretral. Se le realizó urodinámica clínica al mes del 1o de febrero " se comparó con los valores obtenidos en el 1er estudio. Las variables analizadas fueron: flujo residual, 1er deseo miccional, capacidad vesical máxima, características del color de orina " grado de la S ! ante el esfuerzo.

Resultados. Todas las pacientes tuvieron valores de Prolapso en residual < 188 cc. tanto en el 1er como en el 2do estudio. En cuanto al 1er estudio, ocurrió en el estudio inicial, con valores situados entre los 18 ± 10 cc, en la urodinamia 2da, estos se redujeron entre 18 ± 8 cc. calculándose una $18,1 \pm 8,1$ no significativa.

Los 0alores de calacidad \$9xi\$a encontrados en el estudio de inicio, oscilaron entre =28 " C@8 cc.4 \$edia% =D26, \$ientras :ue en el 1osto1eratorio lo (icieron entre ci*ras de =C8 " ?88 cc. 4\$edia% =@=6,con 1 B 8,=1 4no signi*icati0a6

Conclusiones. La colocación de una cinta transóccipital con técnica antiincontinencia para la 5ª lumbar, no produjo diferencias significativas en los valores de las urodinámicas clínicas realizadas en el primer postoperatorio a las pacientes.

```
5 ;RED ! CC5F
```

Desde noviembre de 2008, se comenzó a emplear en Young del departamento de Río Negro, como técnica para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer, la CTO (cincha transobturatriz).

Consiste en el e\$1laza\$iento de una cinc(a su&uretral colocada a la altura de la uretra 1roxi\$al " \$edia \$ediante el a&orda'e transo&turatriz, con el *in de &ringdar so1orte a la uni3n uretro3 0esical " \$a"or resistencia a la uretra :ue le 1er\$ita \$antener la continencia a2n *rente a au\$entos de la 1resi3n intra 3a&do\$inal¹

#sta 0ariante del a&orda-e 4transo&turatriz6, *ue 1ro1uesta 1or Delor\$e² con el *in de e0itar el 1asa+e de la \$alla a tra0.s del es1acio de Retzius lo :ue dis\$inu"e la 1ro&a&ilidad de co\$ 1licaciones tanto intra co\$o 1osto1eratorias o&ser0adas en otros tilos de sling co\$o ser% la (e\$ orragia " la in*eccióñ conlle0a un \$enor riesgo de lesión 0esical " uretral 1or la :ue no re:uiere de cistosc0ía intra01eratoria de control " tiene \$enor incidencia de disuria " retención de orina 1osto1eratoria

Los resultados en cuanto a e*ecti0idad de la t.cnica, e0aluada a corto 1lazo, son \$u" &uenos con un 1orcenta+e de curación del >=H en la 1ri \$er serie nacional⁼ G en el interior del 1aís, los 1ri \$eros datos 1u&licados \$uestran esta \$is\$a tendencia^C.

#sto (a lle0ado, en el caso concreto de Young, a :ue el n2 \$ero de consultas 1or 5 ! / # au\$ entara, " con ello, el n2 \$ero de estudios urodin9 \$icos destinados a la 0aloración de las \$is\$as.

A1elando a los recursos con :ue se cuenta en esta ciudad, se e\$ lleó el recurso de la **urodinamia clínica**, con el *in de dis\$inuir los costos " (acer así a1lica&le la t.cnica a la 1o&lación.

EB-# ; 5 I E

De\$ ostrar si existen o no di*erencias signi*icati0as en los 0alores de la urodina\$ia clínica, realizada en la 0aloración 1re " 1osto1eratoria de las 1acientes 0leradas 1or incontinencia de orina de es*uerzo \$ediante C ; E 4 ; .E. ; 6.

TIPO DE ESTUDIO

#studio de o&ser0ación 1ros1ecti0o.

DEFINICIÓN Y CONCEPTOS.

La incontinencia de orina se de*ine co\$o la 1.rdida in0oluntaria de la orina, 1or 0ía uretral o extrauretral, lo :ue ocasiona un 1ro&le\$a social o (igi.nico.[?] A 1esar de :ue en 2882 esta de*inición (a ca\$&iado, entendi.ndose co\$o incontinencia de orina (**IU**) a la ocurrencia de cual :uier 1.rdida in0oluntaria de orina^D, (a" :ue resaltar :ue esta de*inición es de\$ asiado a\$ 1lia " 1otencial\$ ente 1odría incluir 1acientes :ue (a"an tenido aun:ue sea un elisodio de 5 ! , una 0ez en sus 0idas.)or lo tanto, el 2lti \$o in*or\$e del Co\$ it. de #standarización de la 7ociedad 5nternacional 1ara la 5ncontinencia ! rinaria ,5nternational Continence 7ociet", 45C76, esta&lece :ue la de*inición de 5 ! de&e incluir la *recuencia, la se0eridad, los *actores de riesgo, el i\$ 1acto social e (igi.nico, los e*ectos en la calidad de 0ida " si se re:uiere o no una consulta \$.dica.[@]

Las 1.rdidas de orina :ue ocurren en *or\$ a ocasional o en situaciones *isiológicas de la \$u+er co\$o durante el 1arto o durante e\$ &arazo, etc., no de&en ser tratadas.^A

La 1re0alencia \$edia de la 5 ! *e\$ enina es del orden del 2@.DH 4rango% C.A J ?A.CH6@ " .sta, au\$ enta con la edad. La causa \$9s co\$ 2n de 5 ! es la :ue ocurre durante el #7 / ! #RKE 4?8 H6, seguida de la 5 ! M5L ; A 4 =2H6 " *inal\$ ente la 5 ! 1or ! RG# C5A 41CH6 La 1re0alencia de la 5 ! de es*uerzo \$uestra un 1ico en la Cñ d.cada de la 0ida " gradual\$ ente declina, alcanzando sus 0alores \$9s &a+os (acia la Añ d.cada, donde en ca\$&io, la incontinencia 1or urgencia " la \$ixta son \$9s *recuentes.

La gran \$a"oría de las 1acientes con este sínto\$a 45 ! 6, \$ostró en estudios e1ide\$iológicos di0ersos[@] :ue, no &uscan a"uda \$.dica 1ara dar solución a este 1ro&le\$a " a2n, con 5 ! catalogadas co\$o se0eras, sólo el C2.?H lo (ace. #ste dato de la realidad de&e lle0ar a tratar de 1es:uisarla en *or\$ a siste\$9tica en el curso de la ana\$ nesis de las 1acientes, cual :uiera sea el \$oti0o de consulta.

! na 0ez realizado el diagnóstico de 5 ! , se de&e o*recer a la 1aciente un adecuado trata\$ iento, el :ue delender9 del ti1o de incontinencia a tratar.

La **IU de ESFUERZO**, responde a una entidad a dos mecanismos fisiopatológicos la (i)er soilidad del sector O.sico3uretral, 1or alteración anató\$ica de los ele\$entos de sost.n 428H6 o 1or la inco\$etencia del \$ecanis\$ o es*interiano intrínseco 4A8H6. Los trata\$ientos indicados 1ara este ti1o de 5! son las t.cnicas (a&ituales de col1osus1ensión " *unda\$ental \$ente, las t.cnicas de ca&restillo 4sNing).

La IU por URGENCIA secundaria a la inestabilidad Oesical, se deno\$ina en urodin\$ia incontinencia 1or urgencia \$otora\$ es de&ida a un au\$ento de la 1resión endoOesical secundaria a las contracciones no in(i&idas del detrusor. Cuando la)5 I 41resión intraOesical 0)5 IP6 su1era a la 1resión de cierre uretral 4)C!6, a1arece incontinencia. #ste ti1o de 5! es de trata\$iento \$.dico.

Diagnóstico del tipo de incontinencia

Basados en :ue el .xito de una t.cnica anti3incontinencia de1ende entre otras cosas del correcto diagnóstico del ;5)E de 5!, se (ace (incali. en tres 1ilares del diagnóstico

la A AM #757, el #LAM# /Q75CE " la !RED5 AM5A.

Anamnesis. De&e incluir la edad de la 1aciente 4"a se Oieron los 1icos de 1reOalencia de los di*erentes ti1os de 5!), el tie\$ 1o de a1arición, la eOolución en el tie\$ 1o, la relación o no con los es*uerzos " el grado de los \$is\$os\$ las características \$acroscólicas de la orina, la *recuencia, la 1resencia de sínto\$as irritatiOos, de in*ección o de o&strucción de las Oías urinarias\$ la conco\$itancia con alteraciones del 1iso 1.1oico, si i \$ 1osi&ilita la Oida social "ro sexual de la 1aciente " si re1resenta un 1ro&le\$a (igi.nico 1ara la \$is\$a. Asi\$is\$o, se de&en interrogar los antecedentes \$.dicos, :uir2rgicos " la ingestión de \$edica\$entos, así co\$o los antecedentes o&st.tricos, los 1esos de los R " el estatus \$eno19usico.

Examen físico La 1aciente ser9 exa\$inada 1re*erente\$ente con la Oe+iga llena, con el *in de constatar la 1.rdida de orina durante el es*uerzo. 7e le realizar9 una ins1ección est9tica " din9\$ica de 1ie " acostada, " un exa\$en genital co\$ 1leto, con el *in de descartar 1osi&les 1atologías del 1iso 1.1oico :ue, de co\$ 1ro&arse " de estar ante una 5ncontinencia urinaria de es*uerzo Oerdadera 45! # I 6, se tratarían en el \$is\$ o acto :uir2rgico.

Urodinámica Consiste en un con+unto de ex1loraciones es1eciales 1ara el estudio *uncional del tra"ecto urinario in*erior\$ la Oe+iga " la uretra. 7e &asa en la 1r9ctica de estas tres t.cnicas\$ la cisto\$ano\$etría, la *lu-o\$etría " el 1er*il de 1resión uretral.

La urodin\$ia 1er\$ite esta&lecer la di*erencia, :ue no sie\$ 1re es *9cil dilucidar 1or la clínica, entre la incontinencia de es*uerzo Oerdadera, la incontinencia 1or urgencia o la asociación dis*uncional o sea la incontinencia \$ixta de orina. #stas \$ani*estaciones son 1ositiOas en un gran 1orcenta-e de las 1cientes con 5! 4>8 H6. 7in e\$&argo, cuando se considera la sensi&ilidad de las 1rue&as urodin9\$icas en cuanto a la identi*icación de la incontinencia urinaria de es*uerzo " a la urgencia \$iccional con*ir\$ada 1or los sínto\$as, este Oalor 4casi A8 H6 es \$enor :ue el in*or\$ado \$ediante sínto\$as clínicos con*ir\$ados 1or 1rue&as urodin9\$icas.> La sensi&ilidad glo&al de las 1rue&as urodin9\$icas *ue de 8.A8 a 8.>1 1ara el diagnóstico de 5! de es*uerzo, 1ero \$enor en cuanto al diagnóstico de urgencia \$iccional e incontinencia \$ixta.

I istos estos datos " de acuerdo a las (erra\$ientas de diagnóstico :ue se dis1onen, se trata de llegar a un diagnóstico del ti1o de incontinencia, \$ediante la in*or\$ación reca&ada de la ana\$nesis, del exa\$en *ísico " de la **urodinamia clínica**.

Urodinamia clínica

)reOio a su realización, se solicita en todos los casos el consenti\$iento in*or\$ado, así co\$o un urocultiOo, con el *in de descartar la 1resencia de una &acteriuria asinto\$9tica.

• MATERIALES Y MÉTODO

Para la realización de la urodinámica clínica son necesarios los siguientes elementos: 88cc de suero fisiológico, 1 tubuladura, 1 sonda de Foley nº 12, 1 jeringa de 18cc, guantes estériles y un local. Se realiza con la colaboración del personal de enfermería en un lugar tranquilo donde la paciente se sienta cómoda. A todas las pacientes se les realizaron dos estudios: el primero en el laboratorio y el segundo, al salir de la clínica.

Una vez en el consultorio, se les solicita que orinen y luego se las coloca en decúbito supino, preterente en una cama ginecológica. Se procede a la desinfección de los genitales externos con yodo. Se coloca la sonda de Foley. Se mide el IEL: M# R#75D!AL. Se coloca el 7/ a la altura (a la altura de los sueros) se llena la vejiga con una velocidad de infusión aproximada de 188 ml/minuto 4, factor de irrigación, 6. Se solicita a la paciente que aísne ante el R5M#R D#7#E M5CC5E AL. Luego, cuando experimente el deseo miccional se le pregunta si siente una sensación de urgencia o cierto dolorimiento en (cistitis, lo que se anota como CA) AC5DAD I#75CAL MTL5MA.

A continuación se retira la sonda vaginal y se solicita a la paciente que realice esfuerzos de tos progresiva desde leves intensos, para tener así evidencia el signo incontinencia de orina y poder cuantificar la pérdida. Con este fin se le solicita arbitraria, como una forma de catalogar la severidad de la incontinencia, se le adjudican, de acuerdo a la intensidad del chorro de orina con el esfuerzo de tos, los siguientes valores: + (leve), ++ (moderada), +++ (severa). En los casos en los que la incontinencia sólo se manifestó con la paciente de pie, se la catalogó como leve.

Este estudio se practicó en todos los casos en el laboratorio y al salir de intervención quirúrgica, la que se le fue ejecutada por el mismo técnico.

El tratamiento quirúrgico consistió en la realización de una C.T.O. 4T.O.T.6. Estos resultados, fueron publicados.^C Se descartaron las pacientes que requirieron de urgencia alguna de la vía urinaria.

Para el análisis estadístico de los resultados de las urodinámicas realizadas en los dos laboratorios, se utilizó el chi-cuadrado; para la comparación de las muestras se tomó como significativa una $p < 0,05$.

Datos de la muestra

Se presentan en la tabla 1.

Se seleccionaron 18 pacientes con diagnóstico de incontinencia. La edad promedio fue de 42 años con una variedad de 20 a 60 años. Se incluyó a los recién nacidos. El sexo masculino del recién nacido fue de 2/8.

Antecedentes quirúrgicos: 1 con cirugía de hernia.

Tratamiento: 5 con tratamiento médico y 13 con cirugía.

Severidad: 5 con leve, 4 moderada, 5 con moderada, 4 con leve.

Tabla 1



• RESULTADOS

Los resultados de la urodinámica preoperatoria en las 18 pacientes operadas, se muestra en la tabla 2.



Se les realizó un control con urodinámica clínica al mes de operadas, los resultados se muestran en la tabla 3.



ANÁLISIS

; todas las pacientes tuvieron valores de **volumen residual** menores de 188 cc, tanto en el primer como en el segundo estudio.

El **primer deseo miccional** en el primer estudio ocurrió con valores situados entre 18 cc " 120 cc " 120 cc, mientras que en el segundo estudio fue entre valores de 18 cc. " 88 cc. 4 " 120 cc. 6. Se calculó) mediante ; de ;. El valor (allado fue de **$p = 0,1$ (> de 0,05) (no significativo)**.

En cuanto a la **capacidad vesical máxima**, en el primer estudio los valores oscilaron entre 28 cc. " 80 cc. 4 " 120 cc. 6 " en el segundo estudio, entre 8 cc. " 88 cc. 4 " 120 cc. 6. El valor calculado fue de **$p = 0,31$ (> 0,05) (no significativo)**.

Las características del c(orro de orina, no mostraron diferencias en ambos estudios.

La diferencia en ca &io fue marcada en cuanto a :ue, mientras durante los esfuerzos de tos en el primer estudio en todos los casos se constató la pérdida de orina a través de la uretra, esto no ocurrió en ninguna de las pacientes luego de orinadas.

En cuanto a la seriedad de la ! , en nuestra serie fueron leOes, = moderadas " C seras.

Los valores de las variables, fueron interpretados de acuerdo a los resultados de un análisis retrospectivo de investigación clínica " urodinámica de la C9tedra de ! rología de la Facultad de Medicina de la ! D#LAR¹⁸, donde se destaca :ue el **primer deseo miccional** ocurre entre los 128 " 88 " la **capacidad vesical máxima (CVM)** promedio es de 88 cc. La inestabilidad vesical cursa con reducción de la capacidad vesical "xi\$a. Con valores de CIM iguales o inferiores a 88 "l, el "sculo detrusor de la vejiga se mostró inestable en grado sero.

Allicando para el análisis estadístico el ; de ; , para valores independientes de volumen residual, primer deseo miccional " capacidad "xi\$a en " segundo estudio, se encontró :ue la diferencia no fue significativa. Los resultados se muestran en la tabla C.



• CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados obtenidos se puede concluir: que, la colocación de una cinta (a su vez) con acceso transuretral con técnica antiincontinencia de esfínter C; E 4T.O.T.6, no produjo diferencias significativas en los valores de los urodinámicos clínicos realizadas a las pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- BR5EKKE L, I5D5#LLA G, C!RB#LE /, CRAI5E ; ; E /, MA7# A, B, IAR#LA R, MAR ;5 #K, A, REDRQG ! #K, /. ; rans0aginal E&turatriz ; a1e 4 ; .E. ; .6 en el ; rata\$ iento de la 5ncontinencia ! rinaria de #s*uerzo /e\$ enina. Re0. Med. ! rugua" 288?G 21%1=831C8.
- D#LERM# #. La Bandelette en trans o&turatrice% un 1roc.d. \$ ini in0asi* 1our traiter l Wincontinence urinaire dWe**ort de la *e\$ \$e.)rogr.s en urologie. 2881.11%1=8D31=.
- BR5EKKE L. ; rans0aginal E&turatriz ; a1e. ; .cnica \$ ini3in0asi0a en el trata\$ iento de la 5ncontinencia de Erina de #s*uerzo /e\$ enina. -ornadas de ! roginecología. Ri0era. -unio de 288C.
- MA7# A B, BR5EKKE L. Cinc(a ; ranso&turatriz.4C ; E6.)resentación de los 1ri \$eros 18 casos o1erados en la ciudad de Young. Arc(Ginec E&stet. 288?. #n 1rensa.
- BA ; #7), BRADL#Y X#, GL# #, GR5//5 ; Y7 D. ; (e standardization o* ter\$ inolog" o* loNer urinar" tract *unction. - ! rol 1>@>G 121%??13??C
- ABRAM7), CARDEKE L, /ALL M, GR5//5 ; Y7 D,RE75#R), ! LM7 ; # ! et al. ; (e standardization o* ter\$ inolog" o* loNer urinar" tract *unction% re1ort *ro\$ t(e su&3co\$ \$ ittee o* t(e 5nternational Continence 7ociet". eurourol ! rod"n 2882G 21%1D@31@A.
- M5 5775A IA, DR ! ; K Y), AL3BADR A. ! rinar" incontinence as a NordNide 1ro&le\$. 5nt - G"nec E&stet 288=; A2% =2@3==A.
- /#R A D#K GEM#K X. 5ncontinencia de orina en la \$u+er. ! rodin9 \$ica.
- ELL5 #, AR ; 5BA 5 X, GEZA -, el al.. [Las)rue&as ! rodin9 \$icas son Yerra\$ ientas \ tiles 1ara el Maneo 5nicial Conser0ador de la 5ncontinencia ! rinaria no eurog.nica] Re0isión de la literatura. #uro1ean ! rol 288=G C=%D=3 D>.
- /#R T D#K GEM#K X,)#R#YRA BE A77E -. 5ncontinencia de orina *e\$ enina. A1ortes diagnósticos 1or el \$.todo urodin9 \$ico. LL55 Cong. Arg. de ! rol. L I Cong. De la Con*. Arg. De ! rol.1A321 7et. 1>A=. Bs. As. Argentina.