

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. "rugua". # \$ail% [let\\$as ' "a\(oo.co\\$](http://a(oo.co$)
2.)ro*esor Ad+unto Clínica Ginecotocológica ,A,.)ro*esor -os. #.)ons. /acultad de Medicina. ! ni0ersidad de la Re12&lita. #3\$ail% [I&riozzo ' *\\$ed.edu.u](http://l&riozzo ' *$ed.edu.u).

Resumen

Objetivo. #l o&+eti0o del tra&a+o es 0alorar los ca\$&ios en la urodina\$ ia clínica realizada co \$o e0aluación 1re " 1osto1eratoria en 1acientes con incontinencia urinaria *e\$ enina de es*uerzo 45 ! #6, tratadas \$ ediente la cincha transobturatriz (CTO).

Métodos. 7e inclu"eron 18 1acientes con diagnóstico clínico " 0alores de cisto\$ etría est9tica co \$ 1ati&les con 5 ! #, a : uienes se indicó la colocación de una \$alla

su&uretral, con acceso a la región 1or 0ía transo&turatiz .7e les realizó urodina\$ ia clínica al \$es del 1osto1eratorio " se co \$ 1aró con los 0alores o&tenidos en el 1re01eratorio. Las 0aria&les analizadas *ueron% 0olu\$ en residual, 1ri\$er dese0 \$iccional, ca1acidad 0esical \$9xi\$ a, características del c(orro de orina " grado de la 5 ! ante el es*uerzo.

Resultados. ; odas las 1acientes tu0ieron 0alores de 0olu\$ en residual < 188 cc. tanto en el 1re co \$o en el 1osto1eratorio. #n cuanto al 1^{er} dese0 \$iccional, ocurrió en el estudio inicial, con 0alores situados entre los 1=8 " 1>? cc 4\$ edia% 1?@cc6, " en la urodina\$ ia 1osto1eratoria, .stos se *ueron entre 1=8 " =88 cc. 4\$ edia% 1A2cc.6, calcul9ndose una 1 B 8,1 4no signi*icati0a6.

Los 0alores de ca1acidad \$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 cinc(a trans3o&turatriz co \$o t.cnica anti3incontinencia 1ara la 5 ! / #, no 1rodu+o di*erencias signi*icati0as en los 0alores de las urodina\$ias clínicas realizadas en el 1re " 1osto1eratorio a las 1acientes.

5 ;RED ! CC5F

Desde no0ie \$ &re de 288=, se co \$enzó a e \$ 1lear en Young 4de1arta\$ ento de Río Negro6, co \$o t.cnica 1ara el trata\$ iento de la incontinencia urinaria de es*uerzo en la \$ u+er, 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 \$ ediente el a&ordate transo&turatriz, con el *in de &rindar so1orte a la unión uretro3 0esical " \$a"or resistencia a la uretra :ue le 1er\$ ita \$ antener la continencia a2n *rente a au\$ entos de la 1resión intra 3a&do \$ inal¹

#sta Oariante del a&ordate 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 1osto1erotorias o&ser0adas en otros ti1os de sling co \$ o ser% la (e \$ orragia " la in*ecióñ conlle0a un \$enor riesgo de lesión 0esical " uretral 1or la :ue no re:uiere de cistosco1ía intrao1eratoria 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 \$ 1leó 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 o1eradas 1or incontinencia de orina de es*uerzo \$ ediente 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 e1isodio 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 \$ uer 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 CII d.cada de la 0ida " gradual \$ ente declina, alcanzando sus 0alores \$ 9s &a+os (acia la AII 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*reer a la 1aciente un adecuado trata\$ iento, el :ue de1ender9 del ti1o de incontinencia a tratar.

La IU de ESFUERZO, responde a una demanda de los sectores productivos y laborales que se manifiesta en la necesidad de garantizar la continuidad y la sostenibilidad del desarrollo económico y social, así como la protección de la salud y el bienestar de la población. La IU de ESFUERZO se basa en la idea de que el desarrollo económico debe ser sostenible y ético, y que el trabajo debe ser digno y seguro. La IU de ESFUERZO se propone como una alternativa a la política económica dominante, que prioriza el crecimiento económico a expensas del medio ambiente y la sociedad. La IU de ESFUERZO se basa en la idea de que el desarrollo económico debe ser sostenible y ético, y que el trabajo debe ser digno y seguro. La IU de ESFUERZO se propone como una alternativa a la política económica dominante, que prioriza el crecimiento económico a expensas del medio ambiente y la sociedad.

La IU por URGENCIA secundaria a la inestabilidad vesical, se denuncia en urodinaria incontinencia por urgencia y otorragia devida a un aumento de la presión endovesical secundaria a las contracciones no inhibidas del detrusor. Cuando la presión intravesical supera a la presión de cierre uretral ($P_{ves} > P_{uretra}$), aparece incontinencia. Este tipo de IU es de trastorno de tipo **funcional**.

Diagnóstico del tipo de incontinencia

Basados en :ue el .xito de una tcnica antiincontinencia de Ende entre otras cosas del correcto diagnstico del ;5 !, se (ace (inca1i. en tres 1ilares del diagnstico%

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

Anamnesis. Debe incluir la edad de la paciente (4º a se oíeron los tricos de la orina), la relación o no con los estreñimientos (5º), el tipo de afección, la evolución en los últimos 10 días, la relación o no con los esfuerzos (el grado de los tricos), las características anatómicas de la orina, la frecuencia, la presencia de síntomas irritativos, de infección o de obstrucción de las vías urinarias y la concordancia con alteraciones del trico. Preguntar si existe una historia social (relación sexual de la paciente) si presenta un trastorno (psicológico) y si existe una historia de enfermedades, así como los antecedentes familiares, los tricos, los trastornos de los riñones y el estatus endocrinológico.

Examen fisico La paciente será examinada en reposo con la vejiga llena, con el fin de constatar la presencia de orina durante el esfuerzo. Se le realizará una inspección estética "dinámica de pie" acostada, "un examen genital completo, con el fin de descartar lesiones patológicas del torso lumbar: ureteres, vejiga y próstata" de estar ante una incontinencia urinaria de esfuerzo verdadera. Si se tratarían en el mismo acto: urológico.

Urodinámica Consiste en un conjunto de exploraciones especiales para el estudio funcional del tránsito urinario inferior la vejiga y la uretra. Se basa en la técnica de estas tres técnicas: la cistoscopia, la urografía y el estudio de la función uretral.

La urodina \$ 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 \$ aní*estaciones son 1ositi0as en un gran 1orcenta)e de las 1acientes con 5 ! 4>8 H6. 7in e \$ &rgo, 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 0valor 4casí 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 estos estos datos " de acuerdo a las (erradas) evidencias de diagnóstico : que se distinguen, se trata de llegar a un diagnóstico del tipo de incontinencia, mediante la información recogida de la anamnesis, del examen físico " de la **urodinamia clínica**.

Urodinamia clínica

re0io a su realización, se solicita en todos los casos el consentimiento informado, así como un uroculito, con el fin de descartar la presencia de una alteración asintomática.

• MATERIALES Y MÉTODO

Para la realización de la urodinaria clínica son necesarios los siguientes elementos: 88cc de suero fisiológico, 1 tubuladura, 1 sonda de Foley de 12, 1 catéter 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 quirófano y el segundo, al final de la operación.

Una vez en el consultorio, se les solicita que orinen "luego se las coloca en decúbito supino, reclinante en una camilla ginecológica. Se procede a la desinfección de los genitales externos con iodoíón. Se coloca la sonda de Foley. Se sigue el IEL (M# R#75D AL). Se coloca el 7/ a la altura (anterior de los sueros) se llena la vejiga con una velocidad de infusión a 180 ml/minuto, factor de 100%. Se solicita a la paciente que aliste ante el quirófano de acuerdo a la sensación de urgencia "cierto dolor intenso en el abdomen, lo que se anota como CA) AC5DAD I #75CAL MTL5MA.

A continuación se retira la sonda vaginal "se solicita a la paciente que realice esfuerzos de tos y respiración intensos, para tener así evidencia del signo de incontinencia de orina" y se cuantifica la misma. Con este fin "de forma arbitraria, como una forma de catalogar la severidad de la incontinencia, se le adjudican, de acuerdo a la intensidad del orro 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 quirófano "al final de intervención quirúrgica, la paciente fue reoperada por el mismo cirujano.

El trámite consistió en la realización de una C.T.O. (T.O.T.6) #stos resultados, "a fueron evaluados. Se descartaron las pacientes que presentaron alteraciones de la vejiga de acuerdo a la descripción de las autoras "se tomó como significativa una tasa de urinación menor de 80 ml/minuto".

Para el análisis estadístico de los resultados de las urodinarias "se utilizó el test de Chi cuadrado para la comparación de las variables "se tomó como significativa una tasa de urinación menor de 80 ml/minuto".

Datos de la muestra

Se presentan en la tabla 1.

Se seleccionaron 18 pacientes con 51% de edad media de 26 años con una edad media de 28 años. Se incluyeron pacientes nacidas. El 50% de los nacidos fueron prematuros.

Antecedentes quirúrgicos 1 con operación de fístula rectal.

11 de 51% todas con síntomas de 51% sola paciente.

Severidad C con 51% se opera 4V6, = con 51% moderada 4V6, = con 51% leve 4V6.

1; a la 1



• RESULTADOS

Los resultados de la urodinaria realizatoria en las 18 mujeres pacientes operadas, se muestran en la tabla 2.



Se les realizó un control con urodinaria clínica al mes de operadas los resultados se muestran en la tabla 2.



ANÁLISIS

En todas las 1acientes tuvieron 0alores de **volumen residual** mayores de 188 cc, tanto en el 1re co\$o en el 1ostoteratorio.

El **primer deseo miccional** en el 1re0teratorio ocurrió con 0alores situados entre 1=8 cc " 1>? cc 4\$ edia@ cc6, mientras que en el 1ostoteratorio que entre 0alores de 1=8 cc. " =88 cc. 4\$ edia@ 1A2 cc.6. Se calculó el valor (allado que de $p = 0,1 (> 0,05)$ (no significativo).

En cuanto a la **capacidad vesical máxima**, en el 1ri\$er estudio los 0alores oscilaron entre =28cc. " C@8 cc. 4\$ edia@ =D2cc.6 " en el segundo estudio, entre =C8cc. " ?88 cc. 4\$ edia@ =@= cc.6. El valor calculado que de $p = 0,31 (> 0,05)$ (no significativo).

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

La diferencia en cada que se arcada en cuanto a que, mientras durante los esfuerzos de los en el 1re0teratorio en todos los casos se constató la perdida de orina a través de la uretra, esto no ocurrió en ninguna de las 1acientes luego de orinadas.

En cuanto a la se0eridad de la 5!, en nuestra serie = fueron leves, = moderadas " C se0eras.

Los 0alores de las 0aria&les, fueron interrelacionados de acuerdo a los resultados de un análisis retrospectivo de investigación clínica " urodiagnóstica de la Catedra de Urología de la Facultad de Medicina de la UD-LAR¹⁸, donde se destaca que el **primer deseo miccional** ocurre entre los 1?8 " =88 \$1 " la **capacidad vesical máxima (CVM)** 1ro \$edio es de ?88 cc. La inestabilidad vesical cursa con reducción de la capacidad vesical \$9xi\$ a. Con 0alores de CVM iguales o inferiores a =88 \$1, el \$2sculo detrusor de la Oe+iga se mostró inestable en grado se0ero.

Al aplicando 1ara el análisis estadístico el ; de ;, 1ara 0alores inde1endientes de 0olu\$ en. residual, 1er deseo \$iccional " ca1acidad \$9xi\$ a 1re " 1ostoteratoria, se encontró que la diferencia no que signifcativa. Los resultados se muestran en la ta&la C.



• CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados obtenidos se puede concluir que, la colocación de una cinc(a su&uretral con acceso transo&turatriz costo tcnica anti&incontinencia e&nenina de es&uerzo C ; E 4T.O.T.6, no produjo diferencias significativas en los valores de los testosteronos de las urodinias clínicas realizadas a los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. BR5EKKE L, I5D5#LLA G, C !RB#LE /, CRA I5E ; ; E /, MA7# A, B, IAR#LA R, MAR ; 5 #K, A, REDR0G ! #K, / . ; rans0aginal E&turatriz ; a1e 4 ; .E. ; .6 en el ; rata&iento de la &incontinencia ! rinaria de #s*uerzo /e&nenina. ReO. Med. ! rugua" 288?G 21%1=831C8.
2. D#LERM# #. La Bandelette en transo&turatrice un 1roc.d. \$ ini inOasi* 1our traite I &incontinence urinaire d'effort de la e&nenina.)rogr.s en urologie. 2881.11%1=8D31=.
3. BR5EKKE L. ; rans0aginal E&turatriz ; a1e. ; .cnica \$ ini&inOasi0a en el trata&iento de la &incontinencia de Erina de #s*uerzo /e&nenina. -ornadas de ! roginecología. Ri0era. -unio de 288C.
4. MA7# A B, BR5EKKE L. Cinc(a ; ranso&turatriz.4C ; E6.)resentación de los 1ri\$eros 18 casos operados en la ciudad de Young. Arc(Ginec E&stet. 288?. #n 1rensa.
5. 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
6. 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.
7. M5 5775A IA, DR ! ; K Y), AL3BADR A. ! rinari" incontinence as a NordNide 1ro&le\$. 5nt - G"nec E&stet 288=; A2% =2@3==A.
8. / #R A D#K GEM#K X. &incontinencia de orina en la \$ u+er. ! rodin9\$ ica.
9. ELL5 #, AR ; 5BA 5 X, GEZA -, el al.. [Las)rue&as ! rodin9\$ icas son Yerra\$ ientas \ tiles 1ara el Mane+o 5nicial Conser0ador de la &incontinencia ! rinaria no eurog.nica] Re0isi0n de la literatura. #urolean ! rol 288=G C=3 D>.
10. / #R T D#K GEM#K X,)#R#YRA BE A77E -. &incontinencia de orina e&nenina. 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.