

Tema 9

Valoración clínico-diagnóstica de la incontinencia y suelo pélvico

MIGUEL ÁNGEL RUIZ LEÓN y JESÚS MORENO SIERRA (*)

Servicio de Urología. Hospital Provincial. Toledo.

(*) Servicio de Urología. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense. Madrid.

Introducción

La incontinencia urinaria se debe considerar como una enfermedad, síntoma, signo o condición urodinámica reflejo de diferentes disfunciones del tracto urinario femenino o masculino⁽¹⁷⁾. Una correcta evaluación clínica, urodinámica, radiológica y endoscópica sumada a la creciente experiencia quirúrgica, con sus diferentes vías de abordaje, en su tratamiento han permitido una mejor comprensión de la fisiopatología de este trastorno.

En el varón la fisiopatología se debe relacionar con antecedentes de cirugía prostática abierta (adenomectomía, prostatectomía radical abierta o laparoscópica) o endoscópica (resección transuretral) o incluso con tratamientos emergentes de la patología prostática (laser, crioterapia, radioterapia conformacional, braquiterapia, robótica, etc.).

La actitud diagnóstico-terapéutica desde el primer momento se debe encaminar hacia una correcta caracterización de la incontinencia urinaria basándonos en la clínica que la/el paciente refiere como más importante, esto es:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: pérdida de orina con el incremento de la presión abdominal.
- Urgencia-incontinencia: asociada a un repentino deseo miccional.
- Incontinencia por rebosamiento: incontinencia paradójica por dificultad de vaciamiento anatómica o funcional.
- Incontinencia total: se incluyen aquí las anomalías congénitas o iatrogénicas, traumatismos, fístulas, etc.
- Enuresis: fallo en el control voluntario consciente de la micción durante la noche.

Un prolapso urogenital es el descenso de uno o varios órganos pélvicos a través del introito y puede asociarse a incontinencia, fundamentalmente por alteración en la mecánica urogenital.

Una vez que se ha caracterizado el síntoma, deberemos demostrar su existencia como signo clínico con una buena exploración física general, pelviana y urogenital. Esto nos permitirá valorar adecuadamente un posible prolapso genitourinario asociado, y además objetivarla como condición urodinámica.

La anamnesis por sí sola no es una herramienta precisa en el diagnóstico de la incontinencia urinaria y no debería utilizarse como el único determinante del diagnóstico o tratamiento⁽¹⁾.

Protocolo diagnóstico

El protocolo diagnóstico se debe basar en los siguientes puntos:

1. *Demostrar la pérdida de orina a través de la uretra.*

Es preciso que se cumpla esta premisa para descartar otros procesos que se asocian con incontinencia total, provocados fundamentalmente por malformaciones congénitas (consultar tema 54) o fístulas a cualquier nivel del tracto urinario inferior (consultar tema 32) y cuyo manejo diagnóstico y terapéutico difiere en gran medida de los tipos de incontinencia que se analizan en este capítulo.

2. *Cuantificar con métodos objetivos y subjetivos su intensidad⁽²⁾.*

3. *Caracterizar y clasificar la incontinencia.*

4. *Perfilar los posibles tratamientos.*

Los pilares diagnósticos básicos, por tanto, se basan en la valoración cuidadosa de los siguientes aspectos:

- Detallada historia clínica general, obstétrica, ginecológica³, proctológica y quirúrgica (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de Nelly

Grado 0	=	No prolapsos.
Grado I	=	El órgano está ligeramente prolapsado en el interior de la vagina.
Grado II	=	Descenso hasta el introito.
Grado III	=	El órgano se prolapsa más allá del límite del introito.
Grado IV	=	Prolapso total, fuera del plano vulvar.

- Cuidadosa exploración física (exploración suelo pélvico, pruebas de provocación de la incontinencia, etc.).
- Estudios complementarios básicos y especiales: estudios de diagnóstico por imagen (uretrocistografía, urografía intravenosa, ecografía, resonancia magnética, etc.), estudios endoscópicos (en casos seleccionados) y urodinámicos, así como determinaciones básicas y específicas de laboratorio.

Hoy en día los estudios complementarios contribuyen a identificar la causa y el tipo de incontinencia en casi todos los casos ^(4, 5, 6).

Historia clínica

En este apartado se desarrollarán los principales aspectos que debe recoger una adecuada historia clínica sobre incontinencia urinaria y prolapso urogenital, como puede verse a continuación:

1. Antecedentes personales:

- Urológicos:
 - Cólicos nefríticos.
 - Retención aguda de orina (RAO).
 - Hematuria.
 - Infecciones urinarias.
 - Manipulaciones urológicas previas.
- Ginecológicos:
 - Dismenorrea.
 - Menopausia.
 - Tratamiento hormonal sustitutivo.
- Obstétricos:
 - Número de embarazos.
 - Partos vaginales. Cesáreas.
 - Dificultades en el parto.
 - Sufrimiento fetal.
- Sexuales:
 - Dispareunia.
 - Enfermedades de transmisión sexual (ETS).
 - Historia sexual.
- Neurológicos ⁽⁹⁾:
 - Lesiones neurológicas.
 - Enfermedades degenerativas.
 - Traumatismos medulares.

- Psiquiátricas:
 - Trastornos mentales.
 - Tratamientos médicos concomitantes.
- Trastorno social.

2. Antecedentes quirúrgicos (historia dirigida):

- Cirugías previas por patología abdominal baja o pelviana incluidas patologías uroginecológicas, histerectomía, colpografía, cirugía prostática endoscópica o abierta por patología benigna o cáncer.
- Cirugía del Sistema Nervioso Central o Periférico
- Correcciones previas de incontinencia urinaria y/o prolapso genitourinario, valorando las vías de abordaje y técnicas utilizadas.
- Antecedentes de pruebas diagnósticas que impliquen manipulación urológica uretral (dilataciones, sondajes dificultosos, etc.).

3. Patología asociada y/o sus tratamientos concomitantes pueden modificar el manejo terapéutico final:

- Cardiopatías.
- Patología respiratoria de patrón obstructivo.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes (incontinencia por rebosamiento secundaria a vejiga acontráctil).
- Diabetes insípida, etc.

4. Historia de la incontinencia urinaria ⁽⁷⁾:

- Asociada al esfuerzo (característico pero no patognomónico de la IUE).
- Asociada a síntomas que dejen traducir una posible inestabilidad del detrusor (nicturia, polaquiuria, etc.).
- Mixta (30% de las IUE pueden presentar urgencia asociada).

Un cuadro clínico de polaquiuria, urgencia y nicturia con incontinencia es característico de inestabilidad vesical aún cuando los estudios urodinámicos no demuestren contracciones no inhibidas del detrusor⁽⁸⁾. Este aspecto será desarrollado más adelante en otro tema del atlas. Por otra parte es importante valorar detenidamente los siguientes aspectos:

- Síntoma principal motivo del a consulta (diario miccional personal desde que surge el problema y su evolución a lo largo del tiempo).
- Síntomas asociados: polaquiuria, nicturia, urgencia, dificultad para iniciar la micción y chorro débil.

- Forma, frecuencia y patrón de presentación. Si tiene incontinencia nocturna, si el escape se produce en forma de goteo o como chorro, etc.,
- Severidad y afectación calidad de vida (número de paños que moja al día).
- Factores desencadenantes.

5. Historia de prolapso urogenital:

La existencia de clínica obstructiva con incontinencia o sin ella acompañada de masa vaginal y sensación de plenitud y pesadez genital puede ser el primer indicio de un cistocele asociado o no a un enterocele, hipermovilidad uterina o rectocele que aunque no mantienen una relación causal con la IUE se pueden corregir en el mismo acto quirúrgico, por eso es importante determinar previamente el grado de disfunción del suelo pélvico y reflejarlo en su historia clínica.

Los prolapsos leves o moderados pueden ser hallazgos casuales y cursar de forma asintomática no requiriendo tratamiento. Cuando son sintomáticos la paciente suele referir sensación de bulto en vagina acompañada o no de pesadez genital, puede asociar clínica urinaria y sexual.

6. Clínica extraurológica acompañante:

La vejiga neurógena es una causa frecuente de incontinencia y a menudo forma parte de un trastorno neurológico más generalizado. La incontinencia fecal, ausencia de deseo miccional, etc., pueden formar parte de un complejo síndrome que se acompaña de incontinencia⁽¹⁰⁾.

La región lumbo-sacra, recto (trastornos gastrointestinales), uretra, útero y ovarios son zonas también inervadas por segmentos medulares sacros. Por tanto el dolor en estas zonas se puede asociar con disfunciones urinarias. El dolor que varía con la micción puede ser secundario a un comportamiento aberrante de la musculatura de suelo pelviano pudiendo sugerir una cistopatía intersticial.

Exploración física

La exploración física es un procedimiento complementario indispensable para la valoración de la patología del suelo pelviano. A continuación expondremos sus sistemática.

1. Exploración sistémica general (abdomen, pelvis y recto):

- Primera valoración del estado de salud del paciente.
- Aspecto general: peso, talla, índice de masa corporal (IMC).
- Algunas lesiones cutáneas (úlceras, escoriaciones, atrofia del epitelio vulvar por déficit estrogénico, etc.) pueden traducir contacto de la orina con piel⁽¹¹⁾.

- Estudio neurológico básico: sensibilidad de las metámeras sacras (sensibilidad perineal y perianal), actividad motora y reflejos tendinosos propios de las extremidades inferiores. El examen rectal debe incluir la valoración del tono esfinteriano y el reflejo bulbocavernoso para confirmar la integridad del arco sacro.

2. Examen ginecológico.

Debe ser realizado en todos los casos⁽¹²⁾ y debe incluir:

- Características anatómicas de los genitales externos.
- En la vulva es importante evaluar los defectos de sostén. Espesor del tabique rectovaginal y movilidad del cuerpo perineal.
- Integridad del soporte de la vejiga. Patología asociada del suelo pélvico (laxitud perineal). Los defectos de las paredes vaginales traducen las anomalías del suelo pélvico.
- Evaluación de la movilidad uretral.
- Relación con los órganos pelvianos con la vejiga vacía y llena.
- Valoración de los prolapsos genitales:
 - Compartimento anterior: cistourethrocele.
 - Compartimento medio: prolapso cérvico-uterino, prolapso de cúpula vaginal (apical), y colpocele lateral.
 - Compartimento posterior: rectocele. enterocele (herniación intestinal a través del fondo de saco de Douglas).

La exploración ginecológica la llevaremos a cabo con espéculo o valva de Sims, de forma inicialmente pasiva con una simple inspección y tacto vaginal, y posteriormente con la paciente en posición de litotomía y haciendo valsalva. Existen diferentes clasificaciones de los prolapsos, una de las más aceptada es la de Nelly por su sencillez los divide en cuatro grados (Tabla 1), aunque se analizan más detalles en el capítulo 7 de este Atlas.

El prolapso urogenital puede enmascarar una incontinencia esfinterina o causarla por sí mismo⁽¹³⁾.

3. Exploración urológica.

- Objetivar la incontinencia como signo y su relación directa con la tos (preferentemente a vejiga llena). Si la paciente viene después de haber orinado o sin deseo miccional se le puede repleccionar la vejiga con un volumen conocido mediante sondaje retrógrado con valoración de residuo.

- En un primer momento se realizará la exploración en decúbito; si en esta posición no se demuestran pérdidas, se cambiará a una posición semisentada (ginecológica) para aumentar la presión intravesical y por último se estudiará en bipedestación.
- La tos puede actuar como mecanismo desencadenante de una contracción involuntaria del detrusor (la fuga en estos casos se produce unos segundos después de la misma y no de forma sincrónica).
- Evaluación del suelo pélvico en mujeres (rectocele, cistocele, enterocele o prolapso genital y su grado) y tacto rectal a todos los varones como primera valoración del volumen prostático y patología prostática.

Tests de incontinencia

Para complementar la exploración podemos recurrir a distintos tests que valoran de forma más objetiva la incontinencia.

Test de la compresa (Pad Test):

- Cuantifica la severidad de la incontinencia mediante el cálculo de la diferencia de peso de una compresa después de ser usada bajo condiciones uniformes.
- Se realiza durante un periodo variable (corto o largo) de 1 a 24 horas realizando unos ejercicios determinados a un volumen vesical conocido o con vida normal cambiando las compresas cada hora y usando una única compresa toda la noche.
- Hoy en día esta prueba tiene escasa utilidad siendo sustituida por otras de más fácil manejo clínico⁽¹⁴⁾.

Prueba de esfuerzo:

- Demuestra y valora el escape urinario en situaciones lo más fisiológicas posibles de aumento de presión abdominal.
- Se basa en llenar la vejiga con una cantidad de líquido conocida y solicitar a la paciente que tosa o puje mientras se observa la uretra para detectar un posible escape de orina⁽¹⁵⁾ en posición supina o bipedestación en casos dudosos.
- Demostraremos que ésta es potencialmente reducible (efecto potencial de una suspensión quirúrgica del cuello vesical) mediante una elevación del cuello vesical incluido en la pared vaginal con los dedos índice y medio con cuidado de no comprimir/obstruir la uretra (maniobra de Bonney) (Figuras 1 y 2) o con la maniobra de Marshall-Marchetti levantando la pared vaginal anterior con una pinza de Allis larga. Con estas maniobras se evalúa además la

movilidad de los tejidos circundantes del cuello vesical, dato que puede ser muy importante a la hora de indicar una cirugía correctora. Tiene falsos positivos por oclusión uretral.

- En presencia de cistocele, se debe de corregir durante la tos o los pujos para no enmascarar una IUE.

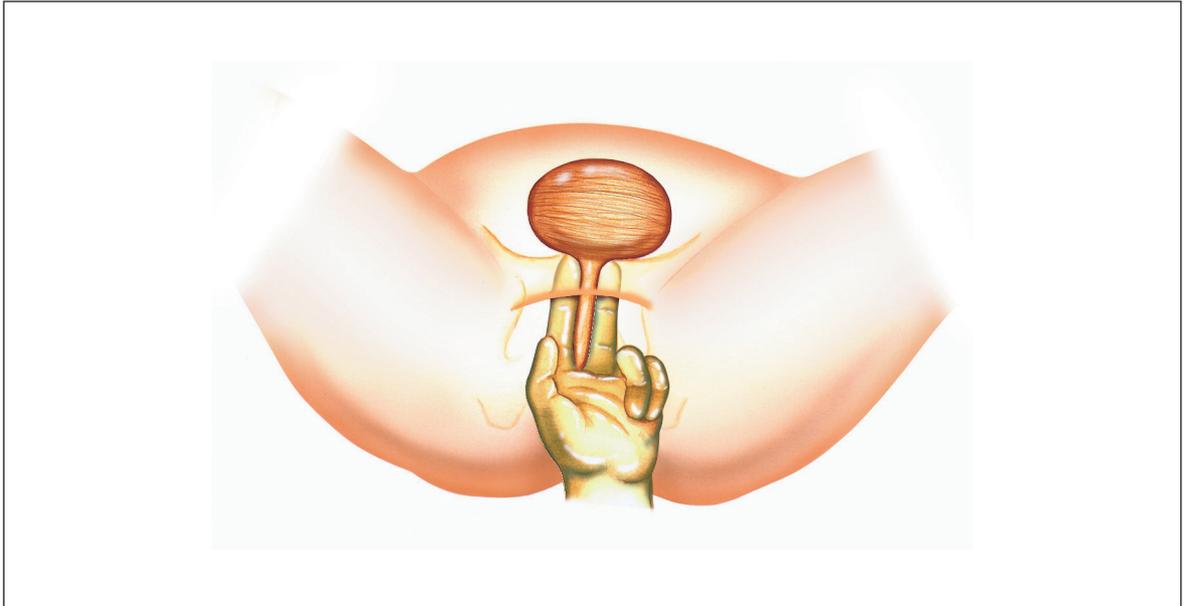


Figura 1. Maniobra de Bonney

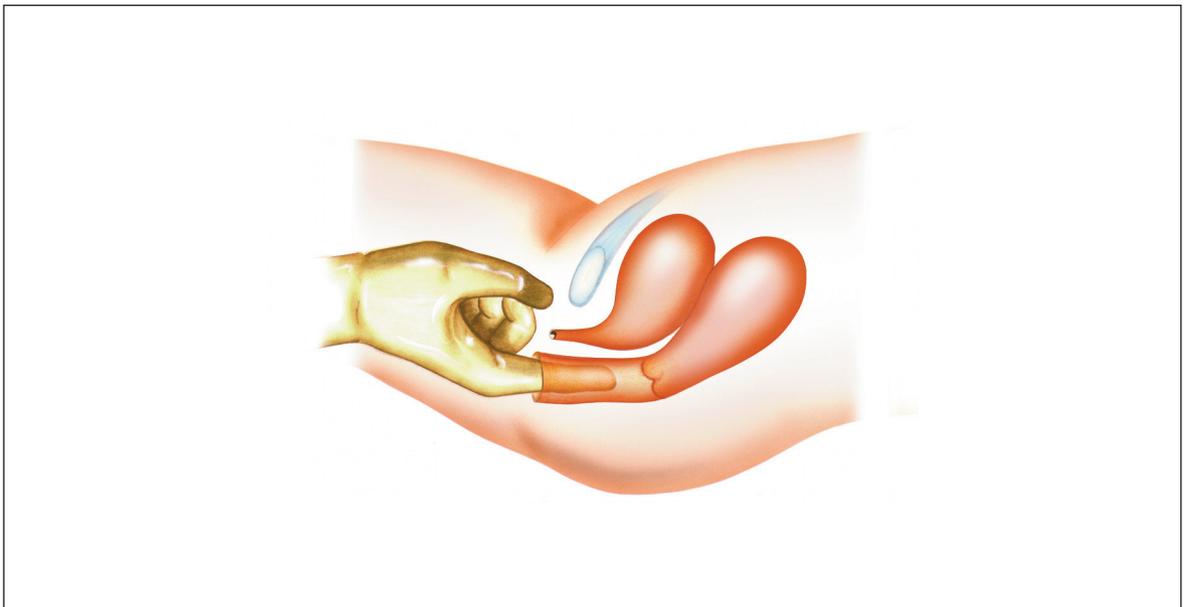


Figura 2. Maniobra de Bonney

Prueba del bastoncito con algodón o hisopo (Q-tip)⁽¹⁶⁾:

- Ayuda a determinar de forma aproximada el grado de hipermovilidad uretral (descrito por Crystle y cols. 1971).
- Colocación: paciente en posición supina, limpieza de meato y lubricación de bastoncito a emplear, este será introducido en vejiga a través de uretra, luego se va retirando hasta encontrar un cierto grado de resistencia a nivel de la unión uretrovesical y entonces se solicita a la paciente que puje mientras se observa la angulación del bastoncito. Una modificación del ángulo de más de 35° indica un soporte insuficiente de la vejiga y uretra (Figura 3). Aunque esta prueba es sumamente simple, es muy subjetiva e inespecífica y se asocia con un alto porcentaje de falsos positivos.
- La hipermovilidad uretral aparece en la mayoría de los prolapsos genitales.

Estudios complementarios

Puede existir un cuadro clínico complejo imposible de clasificar solo con el interrogatorio y es en estos casos principalmente donde los estudios complementarios tienen su utilidad.

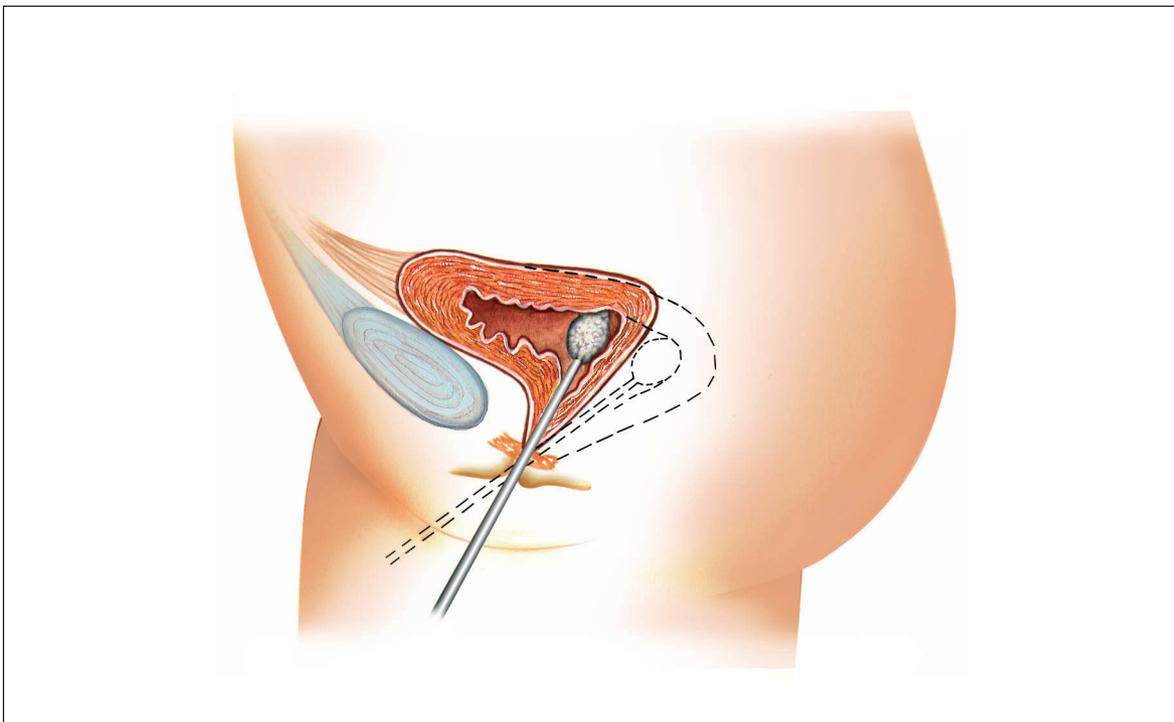


Figura 3. Q-TIP test

- Determinaciones analíticas:
 - Análisis de laboratorio de rutina: estudio sistemático de sangre con función renal, sistemático de orina con sedimento urinario y urocultivo con antibiograma (la infección del tracto urinario agrava la incontinencia previa o enmascara los resultados de otras pruebas diagnósticas).
 - Citología urinaria. Debe realizarse en caso de hematuria con urgencia y sobretodo en caso de sospecha razonable de patología orgánica.
- Cistouretroscopia:
 - Su utilidad en la actualidad es limitada aunque de capital importancia en casos seleccionados y ante recurrencias.
 - En este caso debemos valorar:
 - Grado de coaptación de la mucosa uretral.
 - Movilidad del cuello vesical.
 - Presencia de divertículos u otra patología uretral.
 - Hipermovilidad e infundibulación del cuello.
 - Apertura persistente del cuello y uretra proximal.
 - Posibles trabeculaciones, divertículos, fístulas, uréter ectópico, ureterocele, tumor insospechado, alteraciones en la mucosa (carcinoma *in-situ*).
 - Al finalizar la cistoscopia deberemos dejar la vejiga llena de líquido y realizar una exploración de la continencia en decúbito supino y en bipedestación.

Queremos finalizar este tema insistiendo en que el punto capital en el correcto manejo clínico de la incontinencia masculina y femenina, consiste en orientar el diagnóstico diferencial entre la vejiga inestable, vejiga neurógena, incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia por rebosamiento fundamentalmente, y la posible concomitancia de prolapsos uroginecológicos que se asocien a estas patologías y que deben ser manejados en su conjunto para una resolución completa de los procesos. Estos diferentes epígrafes serán tratados en diferentes temas de este atlas.

Bibliografía

1. Jensen JK et al.: The role of the patient history in the diagnosis of urinary incontinente. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 904-910.
2. Foldspang A, Mommsen S. The International Continence Society (ICS) incontinence definition: is the social and hygienic espaect appropriate for etiologic research? *J Clin Epidemiol* 1997; sep 50 (9): 1055-60.
3. Knapp PM Jr. Identifying and treating urinary incontinence. The crucial role of the primary care physician. *Postgrad Med* 1998; Apr 103 (4): 279-80, 283, 287-90 passim.

4. Blaivas JG. Sphincteric incontinence in the female. Pathophysiology, classification and choice of corrective surgical procedure. AUA Update Series 1987; 25: 1-7.
5. McGuirre Ej. Bladder instability and stress incontinence. *Neurourol. Urodyn.* 1988; 7: 563-567.
6. Haeusler G Sam, Dorfler D, Tempfer C, Hanzal E, Kolbl H. Present state of diagnostics and therapy in female urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; feb 77 (2): 222-7.
7. Romanzi LJ, Heritz DM, Blaivas JG. Preliminary assessment of the incontinent woman. *Urol Clin North Am* 1995; aug 22 (3): 513-20.
8. McGuirre EJ, Elbadawi A, Blaivas JG (editors). *Neurourology and Urodynamics. Principles and Practise.* New York: McMillan Publishing Co; 1988, pp. 264-273.
9. Blaivas JG. Diagnostic evaluation. *Semin Urol.* 1989; 7: 65-77.
10. Walzer Y. Female urinary incontinence: Discerning the exact cause. *Postgrad Med* 1988; 83:80.
11. Busby-Whitehead JM, Johnson TM. Urinary incontinence. *SO: Clin Geriatr Med* 1998; may 14 (2): 285-96.
12. Ludviksson K. The value of clinical examination of the female incontinent patient. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; (Suppl, 166): 19-23.
13. Chaikin y col.: Predicting the need for antiincontinence surgery in continent woman undergoing repair of severe urogenital prolapse. *J.Urol* 2000;163:531-534.
14. Siltberg H, Victor A, Larson G. Pad weighing tests: the best way to quantify urine loss in patients with incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997 (Suppl. 166): 28-32.
15. Marchetti AA, Marshall VF, Shultis LD. Simple vesicourethral suspension. A Survey. *Am J Obstet Gynecol* 195; 74: 57-63.
16. Crystle CD, Charme LS, and Copeland WE. Q-tip test in stress urinary incontinence. *Obstet. Gynecol* 1971; 38: 313-316.
17. Jackson S. Female urinary incontinente symptom evaluation and diagnosis. *Eur Urol* 1997; 32 (Suppl.1 2): 20-4.

