

# Tema 24

## Aspectos generales de la incontinencia urinaria masculina

JOSÉ LUIS SENOVILLA PÉREZ; JAVIER DE CORRAL ROSILLO; ISABEL GALANTE ROMO y ANGEL SILMI MOYANO

**Cátedra y Servicio de Urología. Hospital Clínico San Carlos.  
Universidad Complutense. Madrid.**

### Introducción

---

#### Definición

---

La Sociedad Internacional de Continencia define la incontinencia urinaria como la existencia de cualquier pérdida involuntaria de orina<sup>(1)</sup>.

Se trata de un grave problema que afecta de forma importante el grado de autoestima del paciente, así como sus relaciones sociales.

#### Incidencia

---

Dado que no existen estudios homogéneos sobre incontinencia urinaria masculina, es difícil dar cifras fiables. Se estima que su incidencia en pacientes mayores de 60 años, se encuentran alrededor del 17%<sup>(2,3)</sup>. La situación también cambia si hablamos de individuos que habitan en su propio domicilio (7-17%), o si están internados en una residencia para la tercera edad, ya que, en este caso, se dispara el número de afectados (18-55%).

#### Patogenia

---

Para comprender la incontinencia urinaria y sus mecanismos de producción es imprescindible conocer la fisiopatología de la micción, que hemos esquematizado en la Figura 1.



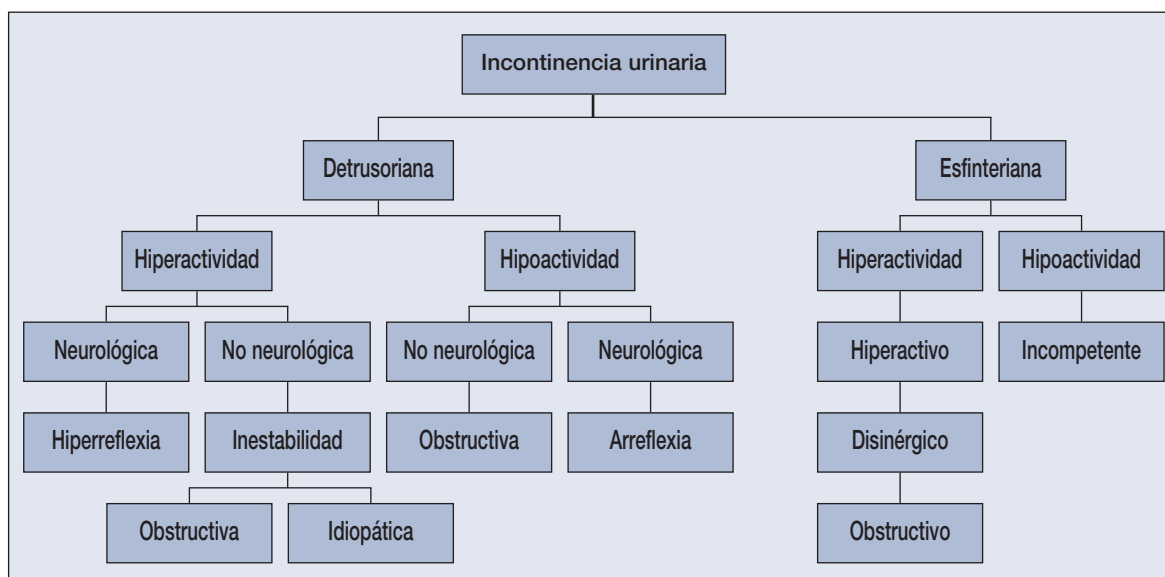
**Figura 1:** Elementos que intervienen en la micción y sus fases.

El mecanismo de la micción se divide en dos fases: una de llenado y otra de vaciado. En la primera, el protagonista fundamental es la vejiga y su capacidad de compliáncie o distensibilidad, es decir, de adaptarse a un volumen creciente de orina sin que aumente la presión hidrostática en su interior. Cuando esta fase está alterada por contracciones involuntarias del detrusor puede producirse incontinencia, siempre y cuando el sistema esfinteriano sea incapaz de contener la pérdida. En la fase de vaciado se produce una contracción del músculo detrusor y una relajación coordinada del sistema esfinteriano, tanto proximal (cuello y esfínter preprostático), como distal (esfínter estriado). En el hombre, ambos sistemas son capaces de conseguir la continencia, de forma que la lesión de uno de ellos con indemnidad del otro, puede no ser causa suficiente para causar incontinencia.

En consecuencia, de lo expuesto anteriormente se deduce que cualquier factor que actúe sobre el detrusor o el mecanismo esfinteriano, por exceso o por defecto, podría ser causa de incontinencia urinaria (Figura 2).

## Etiología

La incontinencia urinaria, por lo que hemos visto hasta ahora, se produciría por la alteración en la fase de llenado o de vaciado. En la primera sería consecuencia bien de un detrusor hiperactivo, o de una incompetencia del mecanismo esfinteriano. En la segunda, por causa de un detrusor acontractil o una obstrucción del tracto urinario inferior. En la Tabla 1 se pueden ver las posibles causas de incontinencia urinaria.



**Figura 2:** Mecanismos fisiopatológicos de la incontinencia urinaria.

La incontinencia por incompetencia esfinteriana supone la claudicación funcional tanto del esfínter proximal como distal. Así, tras una adenomectomía suprapúbica, solo existirá incontinencia si se lesiona el esfínter distal, ya que la lesión del proximal es constante e inevitable. En la cirugía de uretra, la situación se invierte y solo habrá incontinencia si previamente existe lesión del esfínter proximal, por ejemplo, por RTU de próstata.

En los traumatismos, la incontinencia puede deberse a lesión directa del sistema esfinteriano o a la lesión neurológica a nivel del arco sacro, o más inferior. Este último suele ser también el mecanismo responsable de la incontinencia en la cirugía abdomino-perineal de recto.

Los alfa-bloqueantes pueden producir incontinencia, al disminuir la resistencia uretral, cuando existe cierto grado de incompetencia esfinteriana<sup>(4)</sup>. La radioterapia produce fibrosis del sistema esfinteriano que dificulta la coaptación uretral, junto con la lesión vesical que frecuentemente se asocia. Los cánceres prostáticos que invaden el esfínter pueden causar incontinencia por un mecanismo similar.

En cuanto a las incontinencias por alteración detrusoriana, la hiperreflexia vesical se produce si la lesión es superior al arco sacro. Si es suprapontina hay una relajación esfinteriana junto con la contracción del detrusor. Si la lesión es infrarreticular, entraremos disineria vesicoesfinteriana<sup>(4)</sup>.

La obstrucción de la vía urinaria inferior puede acompañarse de inestabilidad vesical, con lo cual la incontinencia puede deberse a ésta o bien existir incontinencia por rebosamiento al claudicar el detrusor y producirse una distensión crónica de la vejiga y pérdidas permanentes por presencia

**Tabla 1. Principales causas de incontinencia urinaria en el varón**

INCONTINENCIA DE CAUSA ESFINTERIANA	
Quirúrgica	Postatectomía. Cirugía uretral proximal. Cirugía de valvas posteriores. Cirugía abdomino-perineal de recto. Cirugía de ureter ectópico. Cirugía pelviana radical.
Traumática	Traumatismo pelviano. Traumatismo perineal.
Neurógena	A nivel del arco sacro o inferior.
Congénita	Vejiga neurogena congénita. Epispadias-extrofia vesical.
Farmacológica	Bloqueantes alfa.
Radioterapia	
Tumoral	
INCONTINENCIA DE CAUSA DETRUSORIANA	
Neurogénica	Hiperreflexia vesical. Mala acomodación vesical.
Vesicogénica	Obstruktiva. Radioterapia. Infección crónica. Cistitis intersticial.
Psicógena	
Inestabilidad idiopática	

de orina residual que hace elevar la presión intravesical hasta niveles que vencen el mecanismo esfinteriano.

La radioterapia, las infecciones crónicas y la cistitis intersticial alteran la compliance vesical y pueden originar incontinencia. Existe también un tipo de inestabilidad vesical que afecta aproximadamente al 10 % de la población y a la que no se encuentra causa demostrable (“inestabilidad idiopática”). Pese a su elevada incidencia en estudios urodinámicos, es clínicamente poco relevante, ya que causa verdaderos problemas a muy pocos paciente

## Clínica

El síntoma fundamental es la pérdida involuntaria de orina. Dependiendo de su etiología existirán síntomas y signos añadidos que nos aproximan al diagnóstico. Así por ejemplo, en el paciente

afecto de síndrome prostático es frecuente encontrar pérdidas urinarias junto con sintomatología irritativa prostática e imperiosidad de la micción que son traducción de la inestabilidad vesical asociada al proceso obstructivo. Si lo que predomina es la sintomatología obstructiva es posible que la incontinencia sea permanente, diurna y nocturna, debido al fenómeno ya descrito de la incontinencia paradójica. Lo que puede variar, dependiendo de la etiología es el patrón temporal de las pérdidas (diurna, nocturna, ocasional, permanente).

### Diagnóstico

---

El objetivo fundamental del diagnóstico debe ser conseguir una correcta clasificación urodinámica de la incontinencia que permita posteriormente, un tratamiento adecuado<sup>(4)</sup>. Para obtener esta meta deberemos recorrer los siguientes pasos:

#### **Historia clínica dirigida**

Será fundamental para el diagnóstico. Debe existir un diálogo fluido entre médico y paciente, de forma que éste exprese su sintomatología con sus propias palabras y aquél sepa encauzarlo de forma que pueda centrarse el problema y orientarse en el camino adecuado para obtener un diagnóstico correcto.

En este contexto habrá que hacer un repaso de los antecedentes personales del paciente que pueden jugar algún papel en la incontinencia urinaria (Tabla 2).

Es también importante conocer la situación previa de la micción, es decir, si no había ninguna alteración o bien si existía dificultad miccional o urgencia con incontinencia. Esto nos permite establecer la relación del posible antecedente (si existe) con el comienzo del problema.

Hay que valorar las características de las pérdidas urinarias, en cuanto a duración (desde siempre, ocasional, relacionada con algún acontecimiento etc.); tipo de pérdida (continua, gota a gota, con la bipedestación, en decúbito etc.); relación con los esfuerzos existencia de urgencia miccional previa; conocimiento de las pérdidas urinarias (si son conscientes o inconscientes) y por último si la incontinencia se acompaña de otros síntomas, como la disuria, dolor miccional, dolor durante la repleción vesical, polaquiuria, etc.

#### **Exploración física**

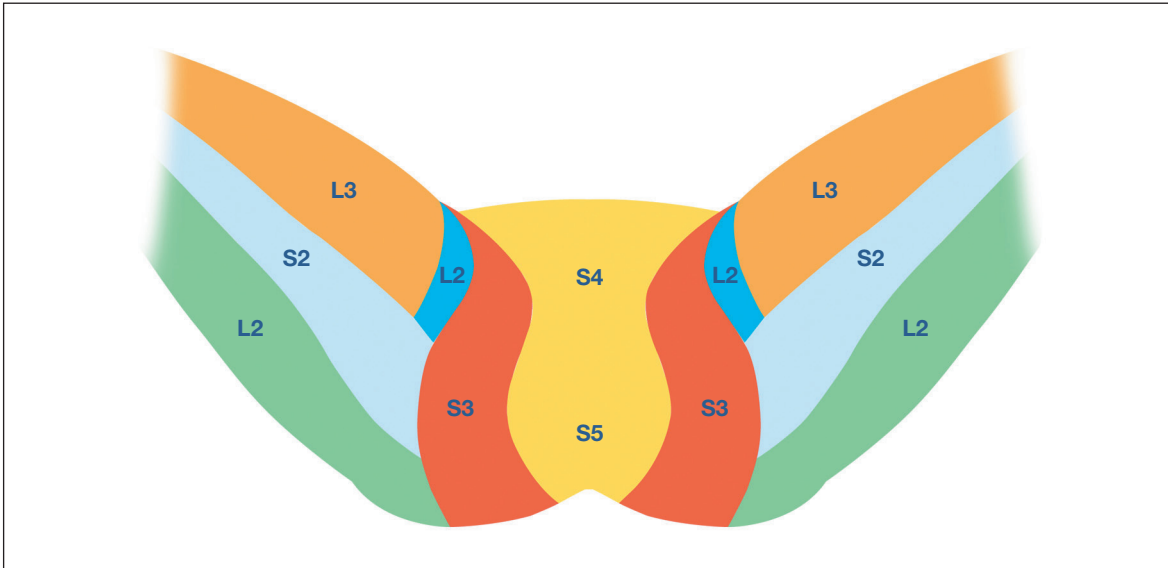
Debe incluir una exploración médica general con atención a la palpación abdominal, la cual puede mostrarnos la existencia de un globo vesical que comience a orientarnos el problema. Hay que realizar una inspección del dorso en busca de cicatrices de cirugía previa o estigmas de disrafismo.

**Tabla 2. Antecedentes personales**

<b>Alteraciones congénitas</b>	Epispadias. Mielodisplasias.
<b>Cirugía previa</b>	Adenomectomía. Cirugía pélvica radical. Plastias uretrales. Uretrotomías.
<b>Traumatismos previos</b>	Fractura isquiopubiana. Traumatismos vertebrales. TCE. Anestesia raquídea.
<b>Enfermedad neurológica</b>	Accidente cerebrovascular. Tumores. Mielitis agudas. Hernias discales. Diabetes.
<b>Tuberculosis</b>	
<b>Antecedentes urológicos</b>	Disuria. Cistitis. Síndrome obstructivo.
<b>Tratamientos farmacológicos</b>	Parasimpaticolíticos. Alfabloqueantes.

Hay que realizar una exploración neuro-urológica básica que consta de los siguientes apartados<sup>(5)</sup>:

- Sensibilidad perineal y peri anal: se estudia la sensibilidad táctil, dolorosa y térmica correspondiente al sector aferencial de los segmentos S3-S4. Puede estar alterada de forma uni o bilateral, o por el contrario conservarse íntegra. En la Figura 3 podemos apreciar el “mapa sensitivo” de la región perineal.
- Tono anal: para explorarlo se introduce el dedo índice en el ano mientras pedimos al paciente que se relaje. Nos permite valorar el diafragma pélvico en situación de reposo. El tono anal puede ser normal o laxo.
- Control voluntario del esfínter anal: con el dedo introducido en el ano se invita al paciente a que contraiga el esfínter: valoramos así el diafragma pélvico durante la actividad (exploramos así las vías eferentes de S2-S4). El control del esfínter anal puede ser normal, disminuido o ausente.
- Reflejo bulbo cavernoso: este reflejo se valora practicando una compresión brusca en el glande, mientras se mantiene el dedo en contacto con el esfínter anal. Valora la indemnidad del arco reflejo sacro de la micción. Puede encontrarse presente o ausente, si bien en ocasiones no puede reproducirse clínicamente lo cual sería indicación para practicar una electromiografía esfinteriana. Otra forma de explorar este reflejo sería mediante la estimulación de la mucosa vesicouretral con un catéter.



**Figura 3:** Distribución de la inervación perineal y perianal.

- Exploración digital prostática: nos permite valorar el tamaño de la glándula y las características del tejido prostático, si es de consistencia adenomatosa o pétreo, si es simétrica o no, la hipersensibilidad del tacto etc.

### Exploraciones complementarias

La clínica del paciente nos orientará hacia la etiología del proceso, y según éste valoraremos las exploraciones complementarias que realizaremos. Las principales aparecen en la Tabla 3.

**Tabla 3. Exploraciones complementarias**

Analítica básica.  
Urocultivo.  
Radiografía simple de aparato urinario.  
ECO renal-vesical-prostática.  
Urografía intravenosa.  
Cistoscopia.  
Flujometría.  
Estudio urodinámico completo.  
Perfil uretral.  
Electromiografía.

1. Analítica sanguínea: permite una primera aproximación al problema. Puede ser útil para diagnosticar una diabetes no conocida y, sobre todo, para valorar la función renal mediante la creatinina sérica.
2. Urocultivo: nos informa de la presencia de una infección del tracto urinario.
3. Radiografía simple de aparato urinario: es una prueba de imagen básica que no debemos olvidar nunca. Permite valorar las estructuras óseas abdominales, detectar litiasis radiopacas del tracto urinario, defectos de fusión de los arcos vertebrales, etc.
4. Ecografía renal, vesical y prostática: nos permite valorar morfológicamente estas estructuras y detectar la presencia de patologías orgánicas que puedan estar implicadas en la aparición de la incontinencia.
5. Urografía intravenosa: puede ser útil como prueba morfofuncional del aparato urinario y, sobre todo, para hacer un diagnóstico diferencial con alguna fístulas urinarias o avocaciones ectópicas de uréteres que pueden dar un cuadro de pérdidas urinarias voluntarias y permanentes, pero que estrictamente no pueden considerarse como una verdadera incontinencia urinaria.
6. Cistoscopia: solo se realizará cuando exista sospecha de un proceso orgánico que no hayamos podido aclarar mediante otras exploraciones.
7. Flujiometría: permite valorar los flujos miccionales del paciente y, por tanto, nos aproxima al diagnóstico de obstrucción del tracto urinario inferior. Si realizamos una ecografía vesical postmiccional además valoraremos la existencia o no de residuo. Si no disponemos de ésta, siempre podremos valorarlo mediante un cateterismo.
8. Estudio urodinámico y videocistografía: es la prueba fundamental que nos permitirá clasificar la incontinencia y, en consecuencia, seremos capaces de realizar un tratamiento etiológico adecuado. Cuando no dispongamos de videocistografía, podemos sustituirla por la realización de cistografías miccionales seriadas que nos permiten una aproximación morfofuncional al problema, aunque no tenga tanto rendimiento como la videocistografía en tiempo real. Dado que en esta obra existe un capítulo dedicado al estudio urodinámico, no profundizaremos en el mismo.
9. Perfil uretral: esta exploración consisten en la medición de la presión intraluminal a lo largo de la uretra durante la fase de almacenamiento, cuando la vejiga está en reposo. Junto con los tests farmacológicos y la electromiografía nos permite valorar la función esfinteriana. Los estudios de perfiles uretrales en varones han puesto de manifiesto que la función esfinteriana es resultado de la cooperación de toda la uretra posterior masculina y que, por tanto, la clásica descripción de los esfínteres externo e interno no sería más que una aproximación simplista a la realidad fisiológica. No obstante, el valor clínico de esta prueba en la incontinencia urinaria masculina, es motivo de controversias.



10. Electromiografía: permite el estudio de los potenciales bioeléctricos producidos por la despolarización del músculo. En la incontinencia urinaria masculina cuando sospechamos lesión neurológica, lo que medimos es la actividad eléctrica del esfínter anal (inervado por fibras similares a las del mecanismo esfinteriano vesical) con lo cual podremos detectar una posible lesión neurológica y, además identificar el nivel de ésta (neurona motora superior, inferior o miopatía intrínseca).

### Bibliografía

---

1. The International Continence Society (ICS) 2002 consensus criteria.
2. Stothers L, Thom D, Calhoun E. Urologic diseases in America project: urinary incontinence in males—demographics and economic burden. *J Urol* 2005, Apr; 173(4): 1302-8.
3. Jorgensen L, Engstad T, Jacobsen BK. Self-reported urinary incontinence in noninstitutionalized long-term stroke survivors: A population-based study. *Arch Phys Med Rehabil* 2005 Mar; 86(3): 416-20.
4. Romero Maroto J. En: Jiménez Cruz JF y Rioja Sanz LA. Tratado de Urología (tomo II). Incontinencia Urinaria Masculina, 1993; pp. 1691-1701.
5. Salinas JM. En: Salinas Casado J, Romero Maroto J. Urodinámica Clínica, 2.ª edición. Historia Clínica Urodinámica y Exploración Neurológica, 1995; pp. 51-59.
6. Resel. L y Moreno, J. Atlas de Incontinencia Urinaria. Madrid, 2000.

