

Archivos de Ginecología y Obstetricia

Arch. Gin. Obstet.v.42n.1Montevideoabr.2004

VEJIGA HIPERACTIVA DE NUEVA APARICIÓN ("DE NOVO") POSTERIOR A CORRECCION QUIRÚRGICA DE INCONTINENCIA DE ORINA MEDIANTE TENSION-FREE VAGINAL TAPE (T.V.T.®)

Dr. EDGARDO CASTILLO-PINO

Médico Ginecólogo. Profesor Adj. de la Clínica Ginecotocológica "A"

*Coordinador de la Unidad de Uroginecología y Piso Pélvico de la Clínica Ginecotocológica "A"
de la Facultad de la Medicina.*

Dr. GUSTAVO MALFATTO.

Médico Urólogo. Director del Servicio de Urología del Hospital Italiano.

Dr. JOSE E. PONS

Medico Ginecólogo. Profesor Director de la Clínica Ginecotocológica "A"

MIRIAM SOUZA

*Obstetra-Partera. Administrativa de la Unidad de Uroginecología y Piso Pélvico de la Clínica
Ginecotocológica "A".*

Unidad de Uroginecología y Piso Pélvico.

Clínica Ginecotocológica "A", Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay (Director Prof. J. E. Pons)

Servicio de Urología; Centro de Estudios Urodinámicos

Hospital Italiano. Montevideo. Uruguay (Director: Dr. G. Malfatto).

Dr. Edgardo Castillo-Pino

Brito del Pino 1111. CP 11300

e-mail - castillopino@adinet.com.uy

Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar la aparición de vejiga hiperactiva "de novo", como complicación postoperatoria de la corrección quirúrgica de incontinencia de orina femenina en pacientes intervenidas mediante técnica de cabestrillo suburetral con sistema de banda vaginal sin tensión ("tensión-free vaginal tape" T.V.T.®). Se incluyeron 26 pacientes con diagnóstico clínico y urodinámico de incontinencia de orina con componente de esfuerzo, con indicación para cirugía de cabestrillo suburetral con técnica de TVT. Se analizaron los estudios urodinámicos previo y posterior a la intervención quirúrgica, considerando las siguientes variables: el volumen residual, la velocidad máxima de flujo, la presión máxima de cierre, el valor de la presión de pérdida (VLLP) y la actividad del detrusor. En el postoperatorio se observó urodinamia normal en 77% de los casos, 15% presentó inestabilidad del detrusor y 8% presentó recidiva de incontinencia de orina de esfuerzo. La mitad de las pacientes con vejiga hiperactiva presento manifestaciones clínicas

En conclusión, 15 % de las pacientes intervenidas presentó en el postoperatorio inestabilidad vesical "de novo". La misma fue tratable con fármacos habituales.

Palabras claves:

Incontinencia urinaria de esfuerzo.

Procedimientos quirúrgicos urogenitales.

Polipropileno

Urodinamia

INTRODUCCIÓN

La aparición postoperatoria de vejiga hiperactiva "de novo" constituye una causa importante de insatisfacción para la mujer operada por incontinencia de orina. La inestabilidad vesical y la incontinencia de urgencia que no estaba presente antes de la intervención son complicaciones que afectan la calidad de vida en el postoperatorio. A la última condición se la denomina vejiga hiperactiva "de novo" (o de nueva aparición).

Se entiende por vejiga hiperactiva a un trastorno caracterizado por contracciones involuntarias del detrusor de aparición espontánea o ante maniobras de provocación mientras la paciente intenta suprimirlas, constituyendo una entidad cuyo diagnóstico se basa tanto en la cistometría como en la evaluación clínica.

La condición incluye diversas patologías. De acuerdo con la International Continence Society (ICS) el término vejiga hiperactiva se refiere solo al

almacenamiento de la vejiga -no a la micción- y se diagnostica a través de la cistometría de llenado en el estudio urodinámico. En la actualidad el término "vejiga hiperactiva" es el más adecuado, internacionalmente aceptado para englobar las variedades que se denominaban "hiperrefleja" (cuando la etiología es neurogénica), e "inestable" (cuando la etiología no es neurogénica). La principal diferencia entre el detrusor inestable y el detrusor hiperreflejo es que el último trastorno implica un problema neurológico (lesión supraespinal o espinal). Los síntomas de hiperactividad de la vejiga son urgencia, frecuencia, nocturia e incontinencia de urgencia siendo los más comunes la urgencia miccional y la incontinencia.

Algunas vejigas hiperactivas se pueden diagnosticar por la evaluación clínica exclusiva, aunque en general se necesitan medidas diagnósticas objetivas tales como la cistometría. La evaluación urodinámica (flujometría y cistometría) sigue siendo fundamental en aquellos casos que necesitan un diagnóstico preciso de la etiología que subyace a la incontinencia urinaria.

La forma de presentación de la inestabilidad vesical puede ser primaria (de aparición espontánea), o secundaria a un procedimiento quirúrgico anti-incontinencia. Esta última es denominada vejiga hiperactiva "de novo". La presencia de un detrusor inestable luego de cirugía contra la incontinencia, puede ser por persistencia significativa de inestabilidad previamente presente, o por el desarrollo "de novo" (de aparición postoperatoria).

No están claras las causas de vejiga hiperactiva "de novo". Las mismas pueden relacionarse con inestabilidad vesical no reconocida, previa a la operación, u oculta por insuficiencia grave del esfínter uretral, o por creación de obstrucción subclínica a la salida de la vejiga durante la intervención quirúrgica.

De los múltiples procedimientos quirúrgicos que existen para tratar la incontinencia de orina, ninguno es cien por ciento eficaz y seguro, es decir, que un porcentaje de pacientes presentarán fracaso de la técnica persistiendo con incontinencia de orina; y otras agregarán nuevas complicaciones, entre ellas la vejiga hiperactiva o inestabilidad vesical postoperatoria.

Los procedimientos anti-incontinencia tradicionales, tales como la colporrafia anterior, las técnicas de suspensión con aguja, las uretropexias retropúbicas y las técnicas de cabestrillo suburetral han determinado ocasionalmente inestabilidad vesical "de novo". A veces el trastorno es tan manifiesto, que se asimila a un fallo técnico.

Dentro de las nuevas técnicas quirúrgicas, se ha incorporado un procedimiento anti-incontinencia que consiste en un cabestrillo suburetral sintético con la finalidad de crear un uroligamento artificial colocado sin tensión, en forma intravaginal, en la parte media de la uretra, denominado sistema de banda vaginal sin tensión o tension-free vaginal tape (TVT®). La primera casuística nacional fue presentada en una publicación previa.

OBJETIVO:

Analizar la aparición de vejiga hiperactiva "de novo" en una serie de mujeres intervenidas mediante el sistema de T.V.T., comparando los resultados de flujometría y cistometría de llenado y micción previos y posteriores a la intervención quirúrgica. Debe aclararse que este estudio analiza exclusivamente los resultados urodinámicos. Ello no significa desconocer la importancia que en la práctica tiene la evaluación de calidad de vida, lo cual será motivo de una investigación posterior.

MATERIAL Y METODO

Se incluyen 26 pacientes consecutivas (operadas entre 1999 y 2000), asistidas en la Unidad de Uroginecología y Piso Pélvico de la Clínica Ginecotológica "A", con diagnóstico clínico y urodinámico de incontinencia de orina con componente de esfuerzo e indicación de cirugía de cabestrillo suburetral. Se realizó un estudio descriptivo de observación prospectiva.

La participación en el estudio fue voluntaria, explicándose a las candidatas la técnica a realizar, proponiéndoseles su incorporación a un estudio y solicitándoles su aceptación mediante firma voluntaria de un formulario de consentimiento informado.

El rango de edad de la población estudiada fue de 36 a 72 años con un promedio de 51.

El 60% de las mujeres intervenidas estaban en postmenopausia.

El promedio de partos vaginales en los antecedentes fue de 3, con un rango entre 1 y 9.

Las intervenciones fueron realizadas en sala de operaciones equipada para técnicas endoscópicas. Se utilizó un equipo urodinámico ECUD AP500 conectado a una Computadora Diamond Micronics, con una velocidad de muestreo de 20 tomas por segundo del registro manométrico. El llenado vesical se realizó mediante una bomba peristáltica, con suero fisiológico temperado y a un flujo de 50cc/ minuto, para evitar artefactos por la velocidad de infusión. Se utilizaron dos sondas uretrales descartables Charrier 3 y 2 para llenado y registro respectivamente, retirándose la primera antes de iniciar la micción a efectos de lograr un vaciado casi con "uretra libre", disminuyendo así la tasa de artefactos de registro.

En el llenado se realizaron las pruebas de esfuerzo (test de Hodkingson) para la valoración del punto de presión de pérdida (VLPP; Valsalva Leak Point Pressure), según los criterios actuales (no estandarizados aún) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ICS. Durante la micción se realizó la prueba del frenado miccional ("stop-flow-test"). Los parámetros que se siguen para valorar el estudio son los establecidos por el Comité de Estandarización de la ICS.

Se practicó en todas las pacientes estudio urodinámico previo y posterior a la intervención quirúrgica. Se analizaron dichos estudios considerando como variables el volumen residual, la velocidad máxima de flujo, la presión máxima de cierre, el valor de la presión de pérdida (VLLP) y la actividad del detrusor.

Criterios de elegibilidad

Para indicar la realización de la técnica, se admitió a mujeres que presentaban el diagnóstico clínico y/o urodinámico de incontinencia de orina con alguna de las siguientes características:

- incontinencia de orina de esfuerzo primaria (pura o combinada)
- incontinencia de orina de esfuerzo recurrente
- hipermotilidad uretral
- incompetencia esfinteriana intrínseca

Se excluyeron aquellas pacientes que presentaban:

- otros tipo de incontinencia de orina de urgencia o de las llamadas (en Uruguay) extrameáticas.
- coagulopatías o tratamiento con anticoagulantes.
- infección actual del tracto urinario
- no consentimiento.

RESULTADOS

Urodinamia preoperatoria

De los 26 casos analizados, 23 presentaban incontinencia de orina de esfuerzo verdadera, 2 incontinencia de orina mixta a predominio del componente de esfuerzo y en una el estudio urodinámico fue normal. Esta última paciente igual fue considerada candidata para ser operada porque presentaba incontinencia de esfuerzo clínica (stress test positivo), cumpliendo con las condiciones establecidas por la International Continence Society.

Todas las pacientes presentaban colpocele anterior de primer grado con hipermotilidad uretral. El 20% de las pacientes presentaba incontinencia de orina recidivante.

Urodinamia postoperatoria

A todas las pacientes se les practicó estudio urodinámico postoperatorio, entre los 6 y 12 meses de la intervención. Veinte de ellos fueron normales, 4 presentaron inestabilidad vesical y 2 presentaron incontinencia de orina de esfuerzo (recidivante en ambas, ya que existía desde antes de la intervención). Las pacientes con inestabilidad no la presentaban en el preoperatorio por lo que se las consideró inestabilidades "de novo". De las pacientes en que se constató clínicamente detrusor inestable, la mitad no presentaba síntomas.

Se observó urodinamia normal en 77% de los casos, 15% presentó inestabilidad del detrusor y 8% presentó recidiva de incontinencia de orina de esfuerzo.

Evaluación clínica mediante stress test

Veinticuatro de las pacientes operadas presentaban stress test negativo al año de la operación. Uno de los casos presentó stress test positivo aunque con mejoría subjetiva de su incontinencia de orina. En un caso no se encontró mejoría.

COMENTARIOS

La mejoría postoperatoria de esta serie es del 92%. De ese total, 77% corresponde a normalización completa (urodinamia normal) y 15% a corrección de la incontinencia de esfuerzo (el motivo por el cual fueron admitidas a ser operadas) con aparición postoperatoria de inestabilidad del detrusor (vejiga hiperactiva "de novo"). Este porcentaje no es despreciable y constituye un elemento de preocupación, pero se trata de una complicación corregible con medidas farmacológicas. La frecuencia de vejiga hiperactiva informada en series de pacientes tratadas con técnicas de colposuspensión, varía en grado considerable, pero puede ser hasta de 28.5%.

En las series que recurrieron a técnicas de cabestrillo suburetral mediante TVT, la frecuencia informada oscila entre 3.1% y 21% (Tabla N 1). Debe destacarse que los porcentajes más bajos corresponden a las series más recientes. En nuestros casos, las vejigas hiperactivas fueron dominables con dosis habituales de anticolinérgicos (oxibutinina, 10 a 15 mg/día per os).

El fracaso quirúrgico lo observamos en el 8% de los casos.

No se constató un aumento estadísticamente significativo de la velocidad de flujo máximo ni del volumen residual pre y postoperatorio, lo que demuestra que en reposo la uretra se mantiene en situación de no compresión (tensión-free en reposo).

La VLLP se incrementó en la gran mayoría de las pacientes, aumentando más de 50% con respecto al valor previo; en el caso de la paciente con fallo relativo, se logró igualmente un incremento, pero el mismo llegó sólo al 35% del valor pre-operatorio.

Se observó un incremento del índice de resistencia uretral, que en la urodinamia postoperatoria superó cuatro veces el valor del estudio previo. La concordancia entre este aumento y el de la VLPP demuestra la relativa fiabilidad de todos los métodos de medida de la capacidad de continencia de la uretra.

Tabla N 1.- Frecuencia relativa de vejiga hiperactiva "de novo" en series operatorias mediante cabestrillo suburetral con TVT

	Nilsson (19)
N = 161	3.1%
	Moran (18)
n = 40	15%
	Sevestre (17)
n = 76	18.4%
	Presente estudio
n = 26	15%

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abrams PH, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wien A. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the ICS. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:116-26.
2. International Continence Society. First report on the standardization of terminology of lower urinary tract function. *Br J Urol* 1976; 48:39-42.
3. Abrams PH, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. Standardization of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn* 1988; 7:403-427.
4. Cardozo LD, Stanton SL, Williams JE. Detrusor instability following surgery for genuine stress incontinence. *Br J Urol* 1990; 66:486-490.
5. Blaivas JG, Jacobs BZ. Pubovaginal fascial sling for the treatment of complicated stress urinary incontinence. *J Urol* 1991; 145:1214.
6. Leach GE, Yip C-M, Donovan BJ. Mechanism of continence after modified bladder neck suspension. *Urology* 1984; 23:359.
7. Rovner ES, Ginsberg DA, Raz S. Por qué triunfa o fracasa la cirugía contra la incontinencia. *Clin Obstet Ginecol* 1998; 3:681-694.
8. Trockman BA, Leach GE, Hamilton J et al. Modified Pereyra bladder neck suspension: 10 year mean follow up in 125 patients. *J Urol* 1995; 154:1841.
9. Lockhart JL, Tirado A, Morillo G, Politano VA. Vesicourethral dysfunction following cystourethropexy. *J Urol* 1982; 128:943.
10. Webster GD, Sihelnik SA, Stone AR. Female urinary incontinence: the incidence, identification, and characteristics of detrusor instability. *NeuUrol Urodyn* 1984; 3:235.
11. Ulmsten U, Petros P. Intravaginal slingplasty, an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 1995; 29:75:82.

12. Petros P, Ulmsten U. An integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 1993(Suppl 153).
13. Ulmsten U, Hilton P, Ferrari A, Fischer W, Jacquetin B. Tension-free vaginal tape procedure. A microinvasive surgical technique for GSI. *Int Urogynecol J* 1997; 8:S128.
14. Castillo-Pino EA, Sasson A, Pons JE. Tension-free vaginal tape (T.V.T.®) Operación de cabestrillo suburetral para incontinencia de orina de esfuerzo en la mujer. *Rev Med Uruguay* 2001; 17:20-27.
15. Martinez Torena J, Alvarez J, Caprario G. Definición y clasificación de la incontinencia de orina en la mujer. *Clin Ginecol Obstet Perinat.* 1984; 1:249-251.
16. Parnell JP, Marshall VF, Vaughn ED. Primary management of urinary stress incontinence by the Marshall-Marchetti-Krantz vesicourethropexy. *J Urol* 1982; 127:679-682.
17. Sevestre S, Ciofu C, Deval B, Traxer O, Amarenco G, Haab F. Results of the tension-free vaginal tape technique in the elderly. *Eur Urol.* 2003; 44:128-131.
18. Moran PA, Ward KL, Johnson D, Smirni WE, Hilton P, Bibby J. Tension-free vaginal tape for primary genuine stress incontinence: a two-centre follow-up study. *BJU Int.* 2000; 86:39-42.
19. Nilsson CG, Kuuva N. The tension-free vaginal tape procedure is successful in the majority of women with indications for surgical treatment of urinary stress incontinence. *BJOG.* 2001; 108:414-419.
20. Kuuva N.; Nilsson CG. A nationwide analysis of complications associated with the tension-free vaginal tape (TVT) procedure. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002; 81:72-77.