

ARTICULO DE REVISIÓN

Síndrome de vejiga hiperactiva en pacientes con prolapsos de los órganos
Syndrome of hyperactive bladder in patients with organs prolapses

René Borges Sandrino^I, Enia Ramón Musibay^{II}, Dany Díaz Díaz^{III}, Wilfredo Santiesteban Pupo^{IV}.

I Especialista de I y II Grado en Cirugía General. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Investigador Agregado. Hospital General Docente "Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

II Especialista de I y II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

III Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital General Docente "Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

IV Residente de 4to Año de Cirugía General. Hospital General Docente "Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

El síndrome de vejiga hiperactiva es una condición que afecta la calidad de vida del 17% de las mujeres a nivel mundial, cifra que pudiera elevarse cuando acompaña a los prolapsos de los órganos pélvicos. Múltiples afecciones pueden desencadenar un síndrome de vejiga hiperactiva, aspecto esencial para lograr la efectividad en el diagnóstico y tratamiento de la entidad. Se realizó una revisión sobre el manejo del síndrome de vejiga hiperactiva, en la cual los autores proporcionan una visión general y discuten el tratamiento conservador, farmacológico y quirúrgico disponible, así como las herramientas para definir los principales síntomas y signos de la entidad en pacientes con prolapsos de los órganos pélvicos. Se hace énfasis en el valor de la urodinamia para el diagnóstico y la evolución de las pacientes. Las evidencias científicas revisadas plantean que la urodinamia y la terapia farmacológica juegan un papel importante en los pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva y prolapso de

los órganos pélvicos, la misma debe ser usada en unión a otras formas conservadoras de tratamiento o al tratamiento quirúrgico, este último no debe ser realizado sin una valoración multidisciplinaria.

Palabras clave: vejiga hiperactiva, prolapso de órganos pélvicos, urodinamia, incontinencia urinaria.

. ABSTRACT

The syndrome of hyperactive bladder is a condition that affects the 17% of women worldwide, number that could ascend when prolapses of pelvic organs appear. Multiple affections can incite a syndrome of hyperactive bladder, which is the main aspect to achieve the effectiveness in the diagnosis and treatment of the entity. A review on the handling of the syndrome of hyperactive bladder was carried out, in which the authors provide a general sight; and discuss the conservative, pharmacological and surgical available treatment as well as the tools to define the main symptoms and signs of the entity in patients with prolapses of the pelvic organs. Emphasis in the value of the urodynamic is made for the diagnosis and the evolution of the patients. The scientific evidences state that the urodynamic and the pharmacological therapy play an important role in patients with syndrome of hyperactive bladder and prolapse of the pelvic organ, but must be used in union to other conservative forms of treatment like surgical treatment. This one must not be carried out without a multidisciplinary evaluation.

Key words: Hyperactive bladder, prolapses of the pelvic organs, urodynamic, urinary incontinence.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de vejiga hiperactiva (SVH), se define como la urgencia miccional asociada o no a incontinencia y/o nicturia. La presentación de este síndrome es muchas veces subvalorado en pacientes que presentan un prolapso de los órganos pélvicos (POP) siendo esta la consecuencia de la incontinencia urinaria desarrollada de novo tras reparaciones del suelo pelviano⁽¹⁾.

La prevalencia calculada del SVH entre las personas de cuarenta años de edad o más, es del 15,6% para los hombres y 17,4% para las mujeres^(1,2).

Los síntomas de urgencia o frecuencia son igualmente habituales en los hombres y las mujeres, pero la incontinencia de urgencia es más frecuente en las mujeres. Estas cifras aumentan geométricamente si la enferma presenta un POP⁽²⁾. El SVH tiene repercusiones económicas, pues se calcula que solo en países desarrollados el costo de la afección hasta el año 2013 alcanzó los 12,02 mil millones de dólares USD, asociando a índices de calidad de vida más deficientes^(2,3).

Se ha sugerido que las contracciones involuntarias del músculo detrusor durante la fase de llenado vesical pudiera ser la causa primaria de esta afección⁽³⁾.

Cuando aparecen durante una prueba urodinámica son llamadas contracciones involuntarias del músculo detrusor hiperactivo (MDH) y en su fisiopatología se invoca el efecto de la acetil colina estimulando los receptores muscarínicos. El efecto mecánico que produce un POP sobre la uretra acrecienta el trastorno miccional lo cual permite el desarrollo del SVH^(2,3).

Etiología y diagnóstico

Múltiples son las causas que llevan al desarrollo del SVH en pacientes con POP dentro de las que se destacan, insuficiente inhibición cortical al estar el útero y la vejiga prolapsados, neuropatías degenerativas y lesiones medulares desarrolladas en ancianas, la obstrucción de salida e irritación crónica de la vejiga por tumores u otros prolapsos entre otros (Tabla 1)⁽⁴⁾.

Tabla 1. Otras posibles causas de síndrome de vejiga hiperactiva en pacientes con prolapso de los órganos pélvicos.

Urológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones Urinarias • Tumores Vesicales • Litiasis Vesical • Divertículo Uretral • Vejiga de poca capacidad • Cistitis Intersticial • Cistitis postradiación • Fibrosis Vesical
Ginecológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía pélvica previa • Cistoceles • Tumores pélvicos

	<ul style="list-style-type: none"> • Uretritis • Vulvovaginitis • Carúncula uretral <ul style="list-style-type: none"> • Atrofia vesical
Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión de neuronas motoras • Insuficiencia cardiaca • Diabetes Mellitus • Diabetes insípida
Generales	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo excesivo de líquidos • Embarazo • Ansiedad

Fuente: Historias clínicas.

Enfoque y manejo

Se debe examinar a la enferma para descartar la presencia de POP, sepsis urinaria o genital que muchas veces puede conllevar a pérdidas repetidas de orina de manera urgente.

Los síntomas que se pueden presentar van desde la clásica incontinencia, la nicturia y hasta la enuresis sumándose a esto los derivados POP (sensación de peso en bajo vientre, secreción vaginal o ulceración del órgano con sangrado)⁽¹⁻⁵⁾.

Algunas pacientes se presentan con una mezcla de síntomas dentro de los cuales es necesario identificar los de una vejiga hiperactiva (urgencia y frecuencia miccional), en estos casos es necesario el tratamiento del SVH antes de decidir una intervención por el prolapso, ello mejorará la calidad de vida pre y posoperatoria^(2,3,5).

Una historia clínica completa en la que se recojan todos los eventos obstétricos, ginecológicos, quirúrgicos y neurológicos debe ser confeccionada, ya que es muy importante el diagnóstico de condiciones que pueden coexistir (prolapso, tumor, SVH y otros)⁽⁶⁾.

Existen un sin número de drogas que pueden causar un SVH lo cual debe precisarse en el interrogatorio; se destacan los diuréticos, los alfa bloqueadores y parasimpático miméticos, en todos los casos es necesario buscar alternativas a estos medicamentos antes de emprender cualquier tipo de cirugía^(5,6).

El examen físico del abdomen y de los tres compartimientos del suelo pelviano es obligatorio, ya que debe descartarse la presencia de cistocele, descenso uterino

rectocele o enterocele, el examen bimanual puede identificar masas pélvicas como tumores sólidos y quísticos del ovario o fibromas uterinos que pudieran estar relacionados con el desarrollo del síndrome^(7,8).

El estudio de la orina debe ser cuidadoso, no son suficientes el parcial de orina o el urocultivo, los cuales son importantes para descartar sepsis urinaria pero aportan poco en la valoración funcional, debe tenerse en cuenta que existen los diarios miccionales que nos permiten saber la frecuencia, el volumen, los episodios de incontinencia, el uso de apósitos o la cantidad de líquidos ingeridos^(1,2,5,6).

El residuo posmiccional puede ser medido directamente por sonda o por ultrasonido, a través del mismo se conoce si el vaciamiento vesical fue incompleto^(2,7).

Otros exámenes que son considerados especiales son las pruebas urodinámicas, que en la opinión de muchos investigadores no son obligatorias para realizar el diagnóstico, criterio en el que se discrepa debido a que este es un examen de gran valor para la evaluación integral de la enfermedad y el establecimiento del diagnóstico final. La urodinamia define las presiones vesicales e indirectamente las intrabdominales⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Actualmente la urodinamia es un examen necesario en la comprensión y planificación de un tratamiento. Estudios prospectivos demuestran que los síntomas no aseguran un reflejo exacto de la condición o tipo de incontinencia subyacente^(5,6).

La literatura científica al respecto ha demostrado el rol de la urodinamia, previniendo la falla y complicaciones del tratamiento quirúrgico^(7,8).

Algunos investigadores no están de acuerdo en realizar la urodinamia en pacientes con POP, sin embargo evidencias recientes muestran que esta puede hacerse reduciendo el prolapso antes de realizar las mediciones correspondientes. Otros plantean las ventajas de realizar la prueba multicanal en vez de mono canal pues las presiones en esta última pudieran estar falseadas por la presión intrabdominal⁽⁹⁻¹¹⁾.

Actualmente en todas las pacientes con diagnóstico presuntivo de SVH o POP debiera considerarse la urodinamia (multicanal o mono canal) para objetivar y planificar la terapia a realizar. De esta manera se asegura la efectividad del tratamiento médico o quirúrgico en cada caso^(9,10).

Cundiff y colaboradores⁽⁹⁾ en un estudio de 535 pacientes concluye, que los síntomas permiten identificar menos de un cuarto de las incontinencias por estrés puras o detrusor inestable. Una buena historia y los parámetros clínicos no aseguran la

sensibilidad diagnóstica de esos síntomas, por lo que la urodinamia entrega información objetiva y fundamental para el facultativo.

La cistoscopia, la cistografía, el ultrasonido y el urograma pueden complementar el estudio en dependencia de la valoración individual que se haga de cada paciente en cuestión. La tomografía o la resonancia magnética están siendo utilizadas para el diagnóstico de las afecciones del suelo pelviano y como complemento en el SVH en busca de anomalías anatómicas que pudieran incidir negativamente en los resultados^(4,10,11).

Opciones de tratamiento

Son varias las estrategias a seguir en un paciente con SVH y POP; existen los métodos conservadores, como el manejo farmacológico y el uso de dispositivos mecánicos (pesarios) y las diferentes técnicas quirúrgicas. Muchas de ellas pueden ofrecerse solas o en conjunto con el tratamiento médico; sin embargo todas tienen sus riesgos y beneficios⁽¹²⁾.

Tratamiento conservador

Este método está dirigido a modificar el estilo de vida, la terapia física y el entrenamiento vesical. Aquí se pueden incluir terapias suplementarias como la hipnoterapia, la acupuntura, los dispositivos para continencia y la cateterización.

El objetivo del tratamiento conservador es mejorar el control central de la vejiga y el fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico^(12,13).

Sin embargo, este tratamiento requiere un alto grado de motivación y paciencia por parte del paciente y el médico, debido a su alto índice de recidiva. Para ello debe reducirse el consumo de líquidos a 1.5 ml/día esto mejorará de manera evidente los síntomas relacionados con el SVH. Otro aspecto importante es la disminución del peso corporal y de la ingesta de cafeína a menos de 100mg/día. Las pacientes con afecciones crónicas tales como constipación, enfermedades pulmonares obstructivas tienen 1,7 veces más probabilidad de sufrir de SVH y POP⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Existen investigaciones que demuestran un porcentaje elevado de SVH y POP en pacientes fumadores debido a los trastornos que causan los metabolitos ingeridos sobre el tejido conectivo pelviano⁽¹⁵⁾.

El entrenamiento vesical y pélvico es normalmente empleado en este tipo de pacientes, sobre todo si existe un trastorno cognitivo o físico. Puede realizarse solo o en unión a la fisioterapia que a su vez incorpora diferentes modalidades, como la estimulación eléctrica o el biofeedback^(16,17).

Tratamiento farmacológico

Las drogas anticolinérgicas han sido el patrón de oro para el tratamiento médico del SVH, dentro de las que se destacan las de tipo antimuscarínico.

En el Reino Unido en el año 2007, se realizaron un total de 2.85 millones de prescripciones de los anticolinérgicos, estos actúan inhibiendo la unión de la acetilcolina a los receptores muscarínicos en el músculo detrusor, disminuyendo las contracciones involuntarias del mismo, sin que se produzcan alteraciones de la función urinaria⁽¹⁸⁾.

En la tabla 2, se pueden observar varios de los medicamentos que se utilizan para el tratamiento del SVH, la diferenciación de los mismos incluye el grado de liberación, tipo de preparación y rutas de administración.

El gran problema de este grupo farmacológico son sus efectos indeseables, que incluyen sequedad bucal, constipación, visión borrosa, ojos secos, mareos, dificultad para orinar y reacciones maculares en la piel⁽¹⁸⁾. Lo que puede conllevar a suspender la terapia anticolinérgica al no poder tolerar los efectos indeseables.

Los antidepresivos tricíclicos y la vasopresina son usados cuando el paciente presenta nicturia o enuresis nocturna. La desmopresina reduce la frecuencia de la micción.

El seguimiento es importante debido a que puede ocurrir retención de líquidos e hiponatremia, por lo que no deben utilizarse en pacientes mayores de 65 años o con riesgo cardiovascular^(17,18).

Tabla 2. Medicamentos anticolinérgicos.

Medicamento	Nombre Comercial	Dosis
Darifenacina	Emselex	7.5–15mg/día
Fesoterodine	Toviaz	4–8mg /día
Oxybutinina	Ditropan	2.5mg–5mg/día
Oxybutinina Clorhidrato (R)	Lyri nel XL	5–20mg /día
Oxybutinina Hidroclorohidrato (dérmico)	Kentera	1 parche semanal

Propiverina Hidroclorohidrato	Detrunorm	Desde 15 mg día hasta 4 veces al día
Propiverina Hidroclorohidrato (R)	Detrunorm XL	30mg /día
Solifenacina succinato	Vesicare	5–10mg /día
Tartrato de Tolterodine	Detrusitol	1–2mg /día
Tartrato de Tolterodine (R)	Detrusitol XL	4mg/día
Tropium chloride	Regurin	20mg/día

Fuente: Historias clínicas.

La toxina botulínica tipo A es útil en aquellas pacientes en las que los anticolinérgicos y los antidepresivos tricíclicos no han mostrado los mejores resultados. Es una potente neurotóxina que inhibe la liberación de la acetilcolina causando denervación química y disminuyendo la contractibilidad.

Se inyecta directamente dentro del músculo detrusor por cistoscopia, aunque algunos investigadores han planteado su utilidad cuando se utiliza periuretral o vesical^(18,19).

No obstante, tiene un tiempo de vida media muy corto y necesita inyecciones repetidas cada nueve meses. Tiene como principal complicación la parálisis del músculo detrusor, dejando un gran residuo urinario que ocasiona infecciones a repetición. Para evitar esto, se debe capacitar a las pacientes a realizarse cateterismo vesical intermitente preoperatoriamente⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Tratamiento quirúrgico

La neuromodulación es una de las intervenciones que se realiza cuando el SVH se vuelve refractario a tratamiento. Existen varios tipos, entre las que se destaca la neuromodulación central donde se coloca un electrodo a nivel del tercer o cuarto agujero sacro, se conecta este mediante un extensor a un neuroestimulador externo, durante el período de prueba de quince días. Si posteriormente se logra mejoría de la enfermedad cuantificada en al menos 50% respecto al inicio, se procede a la segunda etapa⁽¹⁹⁾.

En la segunda etapa se instala un electrodo cuadripolar definitivo y conexión mediante un extensor a una batería, la cual se posiciona en un bolsillo supra aponeurótico en la región glútea superior, previamente tallado en la primera etapa del procedimiento^(19,20).

Respecto a la efectividad de la técnica en cuanto a la resolución del SVH, la retención urinaria no obstructiva y el dolor pélvico crónico, los porcentajes de éxito varían dependiendo de las series analizadas. La experiencia norteamericana de once años en neuromodulación central, publicada con un seguimiento promedio de veintidós meses, tuvo una mejoría significativa de la calidad de vida de 61%^(19,20).

Por otro lado, la experiencia europea del grupo de Kessler, publicó un 100% de continencia en vejiga hiperactiva y reducción de cuatro a cero sondeos vesicales en retenciones urinarias no obstructivas, con seguimiento promedio de veinticuatro meses⁽²¹⁾.

La neuromodulación periférica es la estimulación directa de las raíces neurológicas responsables del funcionamiento motor y/o sensorial de algún órgano, víscera y/o estructura de soporte. Actualmente en relación con las afecciones del piso pélvico se describen. La neuromodulación tibial posterior y la neuromodulación pudenda. Originaria de la medicina tradicional china, esta técnica ha evolucionado a través del tiempo y fue redescubierta por grupos holandeses y franceses quienes fueron los primeros en publicar el éxito de este tipo de estimulación en la SVH y la incontinencia fecal respectivamente⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Para su desarrollo se utiliza la estimulación eléctrica del punto tibial posterior o del pudendo mediante un electrodo de aguja y alternativamente un electrodo de superficie, que es el electrodo tierra, el cual se ubica a nivel del calcáneo⁽²¹⁾.

A pesar del éxito reportado por algunos investigadores existen dudas en cuanto a la aplicación terapéutica de la neuromodulación en pacientes con SVH y POP. En todo caso el autor considera que no debe intentarse la técnica sin haber resuelto el prolapso y haber utilizado otros tipos de tratamientos menos costosos, no invasivos. Cuando el manejo conservador y farmacológico no ha logrado el control de los síntomas del SVH en algunos pacientes se realiza un proceder quirúrgico mayor que incluya el tratamiento del prolapso y del SVH.

Estos incluyen la miomectomía del detrusor o la cistoplastia de aumento, así como la corrección del POP si está presente o la palatalización del suelo pélvico. Todos tienen sus riesgos y beneficios por lo que la elección de la operación debe ser discutida de manera colegiada e interdisciplinaria⁽²²⁾.

En la actualidad la terapia combinada utilizando los procedimientos quirúrgicos antes expuestos, los cabestrillos suburetrales en la incontinencia y algunos de los

medicamentos anticolinérgicos antes mencionados elevan la efectividad del tratamiento y mejoran la calidad de vida de las pacientes con SVH⁽²⁰⁻²³⁾.

CONCLUSIONES

La terapia farmacológica al igual que los dispositivos para la continencia, juegan un papel importante, en los pacientes con SVH y POP, unida a otras formas conservadoras de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fayyad A, Hill S, Gurung V, Prashar S, Smith AR. How accurate is symptomatic and clinical evaluation of prolapse prior to surgical repair? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;18(6):1179-83.
2. Fayyad A, Redhead E, Awan N, Kyrgiou M, Prashar S, Hill SR. Symptomatic and quality of life outcomes after site specific fascial reattachment for pelvic organ prolapse repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;19(9):191-7.
3. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2010;21(1):5-26.
4. Sutherland S, Lavers A, Carlson A, Holtz C, Kesha J, Siegel S. Etiology of voiding dysfunction: one institution 11-year experience. *Neurourol Urodyn.* 2007;26:19-28.
5. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014;25(6):723-46.
6. Kessler T, Buchser E, Meyer S, Engeler D, Al-Kho A, Bersch U. Sacral neuromodulation for refractory lower urinary tract dysfunction: results of a nationwide registry in Switzerland. *Eur Urol.* 2012;51:1357-63.
7. Finazzi-Agró E, Rocchi C, Pachatz C, Petta F, Spera E, Mori F, et al. Percutaneous tibial nerve stimulation produces effects on brain activity: study on the modifications of the long latency somatosensory evoked potentials. *Neurourol Urodyn.* 2009;28(4):320-25.

8. Abosief S, Kim D, Rieder J, Rhee E, Meneffe S, Kaswick J, et al. Sacral neuromodulation: cost considerations and clinical benefits. *Urology*. 2007;70:1069-73.
9. Cundiff GW, Harris RL, Coates KW, Bump RC. Clinical predictors of urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177(2):262-6.
10. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S. P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapsed. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2013;16(2):176-81.
11. Swift SE .The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;183:277-85.
12. Samuelsson EC, Arne FT, Tibblin G, Svardsudd KF. Signs and treatment of genital prolapse in a swedish population of women 20-59 years of age and possible related factors. *Am J Gynecol*. 2013;180(8):299-305.
13. Liang CC, Tseng LH, Chang SD, Chang YL, Lo TS. Resolution of elevated postvoid residual volumes after correction of severe pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19(9):1261-6.
14. Burrows L, Meyn L, Walters M, Weber A. Pelvic symptoms and treatment in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2012;104(5):982-8.
15. Bradley C, Nygaard I, Initiative WH .Vaginal wall descensus and pelvic floor symptoms in older women. *Obstet Gynecol*. 2010;106(7):759-66.
16. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Robinson D. Interobserver reliability of digital vaginal examination using a four grade scale in different patient positions. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2010;19(3):1303-7.
17. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L, Gonzalez J. Is there a difference in patient and physician quality of life evaluation in pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2011;19(9):517-20.
18. Digesu GA, Salvator S, Chaliha C, Athanasiou S, Milani R, Khullar V. Do overactive bladder symptoms improve after repair of anterior vaginal wall prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2011;18(8):1439-43.
19. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life after medical treatment of urinary incontinent in women. *Br J Obstet Gynecol*. 2014;104(7):1374-9.

20. Chai AH, Wong T, Mak HL, Cheon C, Yip SK, Wong AS. Prevalence and associated risk factors of retention of urine. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19(4):537-42.
21. Kessler J, Baguley U. Urinary retention in a general rehabilitation unit: prevalence, clinical outcome, and the role of screening. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;86(9):1772-7.
22. Kessler SK, Sahota DS, Chang AM. A probability model for ultrasound estimation of bladder volume in the diagnosis of female urinary retention. *Gynecol Obstet Invest.* 2003;55(4):235-40.
23. Yip SK, Hin LY, Chung TK. Surgical treatment for pelvic organs prolapse. *Gynecol Obstet Invest.* 2011;45(3):177-80.

Recibido: 15 de diciembre de 2015

Aceptado: 8 de febrero de 2016

Dr. René Borges Sandrino. Hospital General Docente "Carlos J. Finlay". Calle 114 y 41.Marianao. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: rborges@infomed.sld.cu