



ARTÍCULO ORIGINAL ORIGINAL PAPER

IMPORTANCIA DE LA REDUCCIÓN DEL PROLAPSO VAGINAL ANTERIOR SEVERO DURANTE EL EXAMEN CLÍNICO Y ESTUDIO URODINÁMICO, EN EL DIAGNÓSTICO DE INCONTINENCIA URINARIA OCULTA

Resumen

Objetivos: Demostrar la importancia de reducir el prolapso de grado alto (POPQ >+3) en la evaluación clínica y urodinamia, buscando la presencia de incontinencia urinaria oculta; y planear el tratamiento de ambas patologías (prolapso e incontinencia urinaria de esfuerzo - IUE) en el mismo acto quirúrgico para evitar la IUE después de la corrección solo del prolapso.

Diseño: Estudio retrospectivo y descriptivo. **Institución:** Urología, Clínica San Pablo, Sede Surco, Lima Perú. **Participantes:** Mujeres con prolapso genital. **Intervenciones:** Entre julio de 2009 y junio 2012, a 40 pacientes entre 43 y 78 años (edad media de 62,9 años), con prolapso genital grado III y IV, se les redujo el prolapso con gasas, tanto en la evaluación clínica como en el estudio urodinámico (clasificación IUE, según la Sociedad Internacional de Continencia - SIC). **Principales medidas de resultados:** Incontinencia oculta. **Resultados:** Se encontró 19 pacientes (47,5%) con incontinencia oculta diagnosticada en la evaluación clínica. El grado del prolapso evaluado, de acuerdo al POP-Q, fue +III en 14 (73,7%), +IV en 5 (26,3%); el tipo de IUE según la SIC fue I en 11 (57,9%), II en 7 (36,9%) y III en 1 (5,2%); no hubo IUE tipo IV. **Conclusiones:** La reducción del prolapso de alto grado POPQ>+III debe ser hecha rutinariamente en la evaluación por el ginecólogo y uroginecólogo, y en la urodinamia, de manera de detectar la incontinencia oculta para la planificación de ambas patologías en un solo acto quirúrgico. De esta manera se evitará una segunda intervención para corrección de la IUE, así como los consecuentes problemas médicos-legales. No todos los pacientes con prolapso genital tienen incontinencia oculta.

Palabras clave: Prolapso genital severo, incontinencia de estrés oculta, urodinamia.

ROSA REÁTEGUI RENGIFO¹, SILVIA ACOSTA FLORES¹

¹ Urología, Clínica San Pablo, Sede Surco

Tema Libre presentado al XIX Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, Perú, 27 al 30 de noviembre de 2012.

Correspondencia:

Dra. Rosa Réategui Rengifo

Dirección: Av. El Polo # 789 - Oficina 505, Lima 33

Correo electrónico:

rosareat@amauta.rcp.net.pe

Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 167-170

Importance of reducing severe anterior vaginal prolapse during clinical examination and urodynamic study in the diagnosis of occult stress urinary incontinence

ABSTRACT

Objectives: To demonstrate the importance of reducing the high grade vaginal prolapse (POPQ > +III) in clinical and urodynamic evaluation when determining the presence of occult stress urinary incontinence and planning treatment of both conditions (prolapse and stress urinary incontinence - SUI) in the same surgical procedure in order to avoid SUI following correction of prolapse alone. **Design:** Retrospective and descriptive study. **Setting:** Urology, Clínica San Pablo, Sede Surco, Lima, Peru. **Participants:** Women with genital prolapse. **Interventions:** Between July 2009 and June 2012, in 40 patients 43-78 year-old (median 62,9 years) genital prolapse grade III-IV was reduced with gauze

during both clinical evaluation and urodynamic study (SUI classification according to Continence International Society - SIC). **Main outcome measures:** Occult stress incontinence. **Results:** During clinical evaluation occult urinary stress incontinence was found in 19 patients (47.5%). Degree of prolapse according to POP-Q was +III in 14 (73.7%), +IV in 5 (26.3%); SUI according to SIC was I in 11 (57.9%), II in 7 (36.9%) and III in 1 (5.2%); there was no SUI type IV. **Conclusions:** Reduction of high grade vaginal prolapse (POPQ > +III) must be done by the gynecologist and urogynecologist during both routine clinical evaluation and urodynamic evaluation in order to either detect occult incontinence, plan correction



of both conditions in one surgical act, and avoid a second operation for SUI correction and resulting legal issues. Not all patients with vaginal prolapse present occult stress urinary incontinence.

Keywords: Severe genital prolapse, occult incontinence, urodynamics.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es una condición patológica que impacta negativamente la calidad de vida de la mujer y puede llegar a presentarse hasta en 50% de las mujeres multíparas. Por otro lado, la incontinencia urinaria puede afectar a una de cada 4 mujeres y también tiene efectos negativos sobre quienes la padecen⁽¹⁾.

La incontinencia oculta, de acuerdo a la Sociedad Internacional de la Continencia (ICS) y la Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA), es la incontinencia que se evidencia tras la reducción del prolapso coexistente, en ausencia de contracción del detrusor^(2,3).

Los prolapsos de grado alto, según la cuantificación de prolapsos de órganos pélvicos POP-Q>+III, pueden producir incontinencia urinaria, dificultad miccional o solo bulto sin pérdida urinaria; se explica esto porque el prolapso angula la uretra y obstruye el ángulo uretrovesical, evitando la pérdida de orina al esfuerzo^(2,3).

La simple maniobra de esfuerzo para detectar incontinencia urinaria en estos casos puede ser negativa hasta en 30%. Al momento de reducir el prolapso y hacer la maniobra de Valsalva o tratarlo quirúrgicamente, se puede producir pérdida de orina con el esfuerzo, en 36 a 80%⁽³⁾. A esta incontinencia también se la llama latente, enmascarada, iatrogénica.

Entre los factores de riesgo para la incontinencia de esfuerzo posterior a la cirugía del prolapso encontramos una prueba positiva con pesarios, una presión máxima de cierre baja, fijación concomitante del ligamento sacroespinoso, sacrocolpexia abdominal y una no adecuada evaluación preoperatoria con métodos ambiguos, no demostrando pérdida de orina durante la prueba de reducción en pacientes con prolapso avanzado^(1,4,5).

El diagnóstico de la incontinencia oculta se puede hacer mediante prueba de estrés, estudios urodinámicos o prueba de la gasa (*pad test*) con reducción del prolapso^(4,5).

Dentro de los métodos para reducir los prolapsos grandes se realiza la introducción del dedo

del examinador, introducción de algodón o gasa grande, hoja de espéculo de metal, anillo de fórceps y los pesarios^(4,6).

En pacientes con prolapso genital severo sin incontinencia de orina evidente, se observó que después de la corrección del cistocele presentaron incontinencia sintomática entre 30 y 100%^(7,8). Se comprobó en los estudios de Yamaba y Kobashi, en 2007, que era importante realizar un estudio urodinámico con reducción del prolapso previo a la cirugía.

La aparición de incontinencia de esfuerzo luego de una cirugía de prolapso puede causar marcado discomfort a la paciente, frustración en el cirujano y ser motivo de pérdida de confianza de la paciente y de problemas médico legales^(4,8,9).

El presente estudio busca demostrar la actual incidencia de la incontinencia urinaria oculta en nuestra institución y la importancia de la prueba de reducción del prolapso en la evaluación clínica y en la urodinamia realizadas previa a la corrección quirúrgica de ambas patologías.

MÉTODOS

Se realizó estudio retrospectivo y descriptivo en pacientes con prolapso genital grado III y IV en las que se hizo evaluación clínica y urodinámica en la Clínica San Pablo Sede Surco, entre julio 2009 y junio 2012.

Se evaluó 40 pacientes, entre 43 y 78 (media 62,9) años, a las que se les redujo el prolapso con gasas previo a la evaluación clínica y urodinamia. La reducción se realizó con 5 gasas pequeñas enrolladas e introducidas con vaselina, en el prolapso anterior o histerocele, obstruyendo el introito con esparadrapo ancho, para evitar caída de las gasas (figuras 1 a 5).

RESULTADOS

Se encontró que 19 pacientes (47,5%) presentaron incontinencia oculta demostrada en el examen clínico; el grado de prolapso fue medido según el POP-Q: grado III en 14 pacientes (73,7%), grado IV en 5 (26,3%). Y la incontinencia por urodinamia fue tipo I en 11 (57,9%), tipo II en 7 (36,9%) y tipo III en 1 (5,2%). No hubo IUE tipo IV.

DISCUSIÓN

En la evaluación de pacientes con prolapso anterior severo sin reducción y con la maniobra



Figura 1. Prolapso genital grado IV.



Figura 2. Gasas enrolladas.



Figura 3. Se introduce las gasas al fondo vaginal.



de Valsalva, se evidencia IUE solo en 3,7%⁽⁹⁾ y para otros hasta en 30%⁽³⁾. La prevalencia de la incontinencia urinaria oculta (IUO) en nuestro estudio fue 47,5%, coincidente con Gallantine⁽²⁾, quien encontró incidencia de 50% de IUO en prolapso genital severo.

Se ha descrito diferentes métodos para la reducción del prolapso: introducción del dedo, gasas, pesa-

Figura 4. Se coloca esparadrapo para evitar que caiga la gasa.

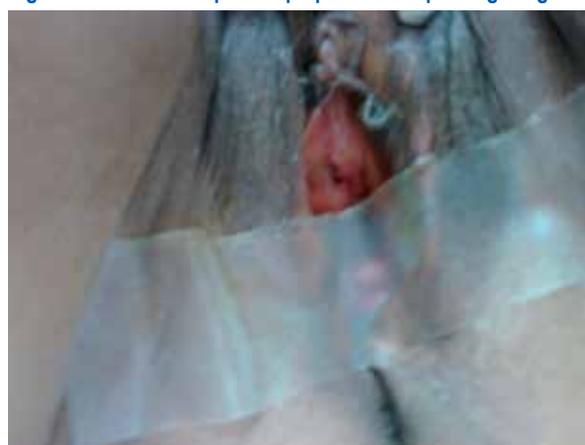


Figura 5. Durante la evaluación urodinámica, se evita la caída de la gasa.



rios, pinzas de anillo, espéculo y valvas de Bresky⁽⁶⁾; en nuestro estudio, hemos utilizado gasas.

La incidencia de la IUO varía de acuerdo al método utilizado en la reducción -como el uso de gasas, pinzas, valvas y el dedo-, de 17 a 39%⁽⁹⁾ y de 36 a 80%⁽¹⁰⁾; el uso de pesario demuestra solo 5% de IUO⁽⁹⁾. Nuestra incidencia coincide con la literatura revisada.

En conclusión, la maniobra de reducción en el prolapso de grado alto POPQ>+3 debe ser hecha de rutina en la evaluación clínica por el ginecólogo y el uroginecólogo, así como en la evaluación urodinámica, para detectar la incontinencia oculta y planificar el tratamiento adecuado de ambas patologías, en un solo acto quirúrgico, evitándose una probable segunda intervención en el futuro, con los riesgos quirúrgicos, anestésicos, costos económicos, pérdida de confianza de la paciente, y los posibles problemas legales. Asimismo, servirá para advertir a la paciente de una probable intervención de la incontinencia después de la cirugía del prolapso.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5-26.
2. Gallentine MI, Cespedes RD. Occult stress urinary incontinence and the effect of vaginal vault prolapse on abdominal leak point pressures. *Urology*. 2001;57(1):40-4.
3. Haessler AL, Lin LL, Ho MH, Betson LH, Bhatia NN. Re-evaluating occult incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2005;17(5):535-40.
4. Svenningsen R, Borstad E, Spydslaug AE, Sandvik L, Staff AC. Occult incontinence as predictor for postoperative stress urinary incontinence following pelvic organ prolapse surgery. *Int Urogynecol J*. 2012;23(7):843-9.
5. Viereck V, Pauer HY, Hesse O, Bader W, Tunn R, et al. Urethral hypermobility after anti-incontinence surgery - a pronostic indicator? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006;17(6):586-92.
6. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Lefler K, Bent AE. Correlation of symptoms, location and severity of pelvic organ prolapse. *J Obstet Gynecol*. 2001;185:1332-8.
7. Fatton B. Is there any evidence to advocate SUI prevention in continent women undergoing prolapse repair? An overview. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20(2):235-45.
8. Ricci Arriola P, Solá Dalenz V, Pardo Schanz J. Incontinencia urinaria oculta evidenciada por estudio urodinámico preoperatorio en pacientes con prolapso genital severo. *Actas Urol Esp*. 2008;32(8):827-32.
9. Reena C, Kekre AN, Kekre N. Ocult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obst*. 2007;97(1):31-4.
10. Ricci P, Solá V, Pardo J. Incontinencia severa oculta en mujeres con prolapso genital severo, evidenciada por una prueba íñimamente invasiva. *Arch Esp Urol*. 2010;63(3):188-94.