Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/actasuro

COMENTARIO EDITORIAL

Comentario a: «Causas, características y evolución a medio plazo de la retención aguda de orina en las mujeres remitidas a una Unidad de Urodinámica»

Comment to “Causes, characteristics and mid-term course of acute urinary retention in women referred to a Urodynamics Unit”

L. Prieto

Servicio de Urología, Unidad de Urodinámica, Hospital Universitario de Elche, Alicante, España

La cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo con el empleo de mallas ocasiona una disfunción miccional, de carácter obstructivo, irritativo o mixto, aproximadamente entre el 2 y el 24% de los casos¹. La RAO, el residuo posmiccional significativo, la prensa abdominal como ayuda a la micción y las distintas posturas anómalas para conseguir vaciar la vejiga hacen pensar en obstrucción del tracto urinario inferior. Una presión del detrusor superior a 50 cm H₂O, junto con un flujo inferior a 12 ml/seg o residuo significativo indica obstrucción². Siendo esto cierto hay un gran porcentaje de casos que no cumplen estos criterios, y después de la uretrolisis mejoran. Lo más relevante para establecer la indicación quirúrgica está en la aparición de clínica obstructiva-irritativa *de novo*, después de la cirugía³. Esto puede llevar a la RAO y suele acompañarse de un flujo miccional muy disminuido, asociado a veces a la elevación del residuo postmiccional. Igual que los estudios urodinámicos no tienen valor predictivo preoperatorio⁴, sí que ayudan en algunos casos después de la cirugía en estas comorbilidades, pues algunos casos quedan perfectamente definidos.

La estenosis uretral en la mujer puede condicionar RAO de forma infrecuente y supone el 1% de los diagnósticos de obstrucción del tracto urinario inferior en la mujer, si se incluyen las disfunciones obstructivas de vaciado. Puede

presentarse en mujeres a veces ancianas o no, diabéticas con vulvovaginitis e infecciones de repetición, que afectan al meato uretral, no relacionadas con hipocontractilidad neurógena del detrusor, cuyo tratamiento sería el tratamiento quirúrgico de la estenosis. Existen diversos colgajos vaginales para la reconstrucción uretral, con buenos resultados; estos son el colgajo de avance, colgajo en rotación y el colgajo vaginal proximal descrito por Palou⁵. Hay que tener en cuenta que estos colgajos hacen que el meato tome una disposición hipospádica, por retracción posterior, lo que no está de menos advertir antes de la cirugía. Similar sintomatología se presenta en traumatismos y fracturas pelvianas con lesión uretral que comportan estenosis orgánica. En la exploración podemos encontrar, aparte del globo vesical, una importante dificultad o imposibilidad de sondaje. Las dilataciones uretrales periódicas consiguen sólo alivio temporal, retornando la sintomatología obstructiva y persistiendo la dificultad miccional y la polaquiuria. Con la uretroplastia reconstructiva con colgajo vaginal suele desaparecer la dificultad miccional, no existiendo generalmente clínica obstructiva ni reestenosis.

En el ámbito de la ginecología hay que considerar por frecuencia la retención aguda de orina posparto, que también merece consideración, pues es causa común de consulta. Los sondajes intempestivos en el posparto y puerperio a veces se involucran en ello, pero indudablemente hay un componente funcional o neuropático transitorio. Tiene una prevalencia variable según se defina, y se ve en un 2,1% de partos y un 3,2% después de cesárea⁶. Otras causas ginecológicas, como el cáncer de endometrio y de cérvix, también están descritas.

Véase contenido relacionado en DOI:

[10.1016/j.acuro.2011.03.004](https://doi.org/10.1016/j.acuro.2011.03.004).

Correo electrónico: prieto.lui@gva.es

En el ámbito de causas urológicas está también descrito el quiste de uraco como causa de RAO en la mujer⁷. El quiste de uraco está presente aproximadamente en el 2% de los adultos, siendo su diagnóstico difícil y secundario a las manifestaciones de sus complicaciones.

Consideración diferente tiene el síndrome de Fowler, que también se puede presentar como RAO en la mujer, y si el estudio diagnóstico no revela ninguna etiología orgánica la investigación psicológica puede ser necesaria debido a que muchos de los pacientes tienen una historia psicosocial significativa. Hay referidas en la literatura causas psicológicas por algunos autores, pero su sustrato científico en muchos casos no merece ni citarse.

Una precisión final para el resumen del trabajo, en las conclusiones⁸, resalta que lo realmente importante es que después del episodio de RAO 106 mujeres (52,4%) necesitaron continuar con algún tipo de tratamiento, de mayor trascendencia que citar las que no lo precisaron. El trabajo que nos presentan, y que coincide con la práctica que se desempeña en Unidades de Patología Funcional, demuestra el elevado porcentaje de enfermas que precisa tratamiento y seguimiento posterior.

Bibliografía

1. Kuo H. Comparison of video urodynamic results after the pubovaginal sling procedure using rectus fascia and polypropylene mesh for stress urinary incontinence. *J Urol*. 2001;165:163–8.
2. Massey JA, Abrams PH. Obstructed voiding in the female. *Br J Urol*. 1988;61:36.
3. Romero J, Prieto L, López C, Quilez JM, Rodríguez E. Obstrucción tras cirugía correctora de la incontinencia femenina de esfuerzo. Diagnóstico y tratamiento. *Arch Esp Urol*. 2002;55:1107–14.
4. Palma PCR, Dambros M, Ricetto CLZ, Thiel M, Rodrigues Netto Jr N. Uretrolisis transvaginal tras cirugía correctora de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas Urol Esp*. 2005;29:207–11.
5. Gutiérrez Ruiz C, Rodríguez-Escovar F, Errando Smet C, Arañó Bertrán P, Villavicencio Mavrich H. Estenosis uretral en la mujer: Etiología, diagnóstico y tratamiento. *Actas Urol Esp*. 2009;33:794–800.
6. Yip SK, Sahota D, Pang MW, Chang A. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83:881–91.
7. Quicios Dorado C, Fernández Fernández E, Gómez García I, García Flórez D, De Castro Guerin C, Escudero Barrilero A. Retención aguda de orina. "RAO", como presentación de quiste de uraco. *Actas Urol Esp*. 2005;29: 909–12.
8. García-Fadrique G, Morales G, Arlandis S, Bonillo MA, Jiménez-Cruz JF. Causas, características y evolución a medio plazo de la retención aguda de orina en las mujeres remitidas a una Unidad de Urodinámica. *Actas Urol Esp*. 2011;35:389–93.