

## COMENTARIO EDITORIAL de:

### INCONTINENCIA DE ORINA OCULTA EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL SEVERO, EVIDENCIADA POR UNA PRUEBA MÍNIMAMENTE INVASIVA.

*José Luis Gutiérrez Baños. Servicio de Urología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

La asociación entre prolapso pélvico e incontinencia urinaria es alta llegando en algunas series hasta un 80%, ésta puede quedar oculta por el propio prolapso lo que obliga a una detenida exploración tanto física como urodinámica mediante la reducción del mismo. La detección previa de la incontinencia oculta permitirá la asociación de cirugía correctora de la incontinencia asociada a la corrección del prolapso evitando bien la desagradable aparición de la incontinencia tras la cirugía correctora del prolapso o bien la realización de cirugía profiláctica de la incontinencia en todas las pacientes.

Los autores determinan la presión de retroresistencia uretral tras reducción del prolapso como medio diagnóstico de la incontinencia oculta encontrando que el 71% de las pacientes la tenían alterada respecto de la situación basal sin reducción del prolapso lo que les permite clasificar la incontinencia siguiendo la clasificación de McGuire, si bien ésta está basada en la presión abdominal de fuga.

La urodinámica monocal para la determinación de la presión de retroresistencia uretral es un método más confortable y barato que los estudios urodinámicos convencionales, sin embargo su uso y utilidad están aún en discusión. Mientras que Slack y cols (1,2) encuentran relación con el grado de incontinencia y una diferencia significativa entre las pacientes continentales (112,6 cm. de agua) y las incontinentes (69,9 cm. de agua), otros autores no encontraron una clara relación entre la severidad de la incontinencia y la presión de retroresistencia uretral ni cambios entre los valores de la misma pre y postoperatoria a los 3 meses de una cirugía objetivamente exitosa (3,4).

La utilización de los slings mediouretrales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo ha hecho que la clásica clasificación de McGuire haya perdido valor ya que los resultados con los mismos son similares independientemente de la presión de fuga al Valsalva (5).

Sería interesante que los autores señalasen las cifras de la presión de retroresistencia uretral en las pacientes continentales y en los diferentes grados de incontinencia para ver si permiten discriminar entre unas y otras. Ver en cuántas pacientes se podía demostrar la incontinencia al reducir el prolapso con la simple exploración física y en ese caso qué aportó el estudio urodinámico monocal a la misma. Qué influencia tuvo en la selección de la técnica quirúrgica y el resultado de la misma en función de la presión de retroresistencia uretral.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Slack M, Culligan P, Tracey M, Hunsicker K, Patel B, Sumeray M. Relationship of urethral retro-resistance pressure to urodynamic measurements and incontinence severity. *Neurourol Urodyn* 2004; 23, 109.

2. Slack M, Tracey M, Hunsicker K, Godwin A, Patel B, Sumeray M. Urethral retro-resistance pressure: a new clinical measure of urethral function. *Neurourol Urodyn* 2005; 24, 96.
3. Roderick T, Paul M, Christopher M, Douglas T. Urethral retro-resistance pressure: association with established measures of incontinence severity and changes after midurethral tape insertion. *Neurourol Urodyn* 2009; 28, 86.
4. Digesu GA, Athanasiou , Chaliha C et al. Urethral retro-resistance pressure and urodynamic diagnoses in women with lower urinary tract symptoms. *BJOG* 2006; 113, 34.
5. Gutiérrez JL, Ramos E, Portillo JA et al. Outcomes of tension free mid-urethral slings for female stress urinary incontinence stratified by Valsalva Leak Point Pressure. *Eur Urol Suppl* 2008; 7, 121.

*José Luis Gutiérrez Baños*

## Contestación al Comentario Editorial:

**S**e agregó el valor de la presión de retro-resistencia, según lo solicitado por la Editorial. Al realizar la medición sin corrección del cistocele severo, la presión de retro-resistencia uretral fue normal en las 70 pacientes. Todas se encontraban con valores sobre los 82 cm de agua, con un promedio de 114 cm de agua.

Al corregir el cistocele mediante valva vaginal de Bresky, en 50 (71,4%) pacientes se encontró alteración de la presión de retro-resistencia uretral. Tenían valores bajo los 70 cm de agua, con un promedio de 67 cm de agua. En las otras 20 mujeres, la medición de la presión de retro-resistencia uretral, se mantuvo sobre los 82 cm de agua al realizar la medición con la simulación de corrección del prolapso, con un promedio de 120 cm de agua.

Respecto a “ver en cuántas pacientes se podía demostrar la incontinencia al reducir el prolapso con la simple exploración física y en ese caso qué aportó el estudio urodinámico monocanal a la misma”. Indudablemente que la simple reducción del prolapso podría demostrar aquellos casos con potencial desarrollo de incontinencia oculta después de una cirugía de prolapso. Sin embargo, esto no fue considerado en el protocolo original de estudio, por lo que no se revisó. El objetivo fue ver si había cambios urodinámicos en esas pacientes, a través de la medición de la presión de retro-resistencia uretral y de la cistometría.

La urodinamia realizada con reducción del prolapso, nos permitirá certificar, mediante números la alteración. Por otro lado, tal como fue expuesto en la sección de discusión del manuscrito, y aunque tampoco es el objetivo del presente protocolo de estudio, los valores de la presión de retro-resistencia uretral, por permitirán sospechar aquellas mujeres con incontinencia de orina de esfuerzo tipo II, asociadas a algún grado de deficiencia intrínseca de esfínter. Esto puede hacer variar la indicación quirúrgica en nuestro grupo de trabajo. Actualmente para muchos, la deficiencia intrínseca de esfínter es una condición que frecuentemente se asocia en diferentes grados y severidad. Esto nos permitiría elegir la técnica más adecuada para corregir quirúrgicamente la incontinencia de orina. Nosotros preferimos un TVT retropúbico clásico o una minicinta (TVT-Secur) en “U” en casos de asociación a deficiencia intrínseca de esfínter (II+III). En estos casos dejamos la cinta con un mayor grado de ajuste, el que varía según el valor de la presión de escape. Dejándola con mayor ajuste ante escapes a menor presión de agua. En cambio, en aquellas mujeres con incontinencia tipo II utilizamos las técnicas obturadoras o minicinta en “V” o en “U”, dejándolas libres y casi sin tensión bajo la uretra, es decir con un menor grado de ajuste. Actualmente están en protocolo de seguimiento estas pacientes. Aún cuando no fue el objetivo, ni se planteó en el protocolo del presente manuscrito, podemos adelantar a los lectores, que se realizó cirugía sólo para corrección del prolapso a las mujeres sin incontinencia potencial. En cambio en las con incontinencia potencial, se agregó a la corrección quirúrgica del cistocele, una cirugía profiláctica de incontinencia. Hasta el cierre del manuscrito, se han registrado sólo 2 pacientes con falla de la cirugía profiláctica. Una presentó incontinencia en el postoperatorio inmediato, y la otra a los 3 meses. El grupo sin cirugía profiláctica, no ha presentado incontinencia a la fecha actual. Sin embargo, esto está siendo analizado y seguido en otro protocolo de trabajo. También se agregó este tópico en la discusión.

*Agradeciendo los comentarios y sugerencias, Los Autores.*