

ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA

Revisión sobre la idoneidad del tratamiento quirúrgico conjunto del prolapso genital y la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta asociada

M.^aL. Sánchez-Ferrer, F. Machado-Linde, L. Hernández Hernández, M.T. Prieto-Sánchez, L. Cánovas López, A. Nieto-Díaz
Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario «Virgen de la Arrixaca». Murcia

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión de la bibliografía sobre un problema que se plantea frecuentemente en la práctica clínica: ¿se debe o no añadir una técnica de antiincontinencia en las pacientes con incontinencia urinaria oculta que se van a someter a cirugía por un prolapso de órganos pélvicos? Hemos repasado los distintos trabajos de autores que apoyan la cirugía conjunta, así como los de los detractores. Quizás el problema radique en la falta de consenso en el diagnóstico de incontinencia urinaria oculta y, por tanto, que ésta no se corresponda con la incontinencia urinaria *de novo*. El otro gran problema es la falta de homogeneidad en los trabajos realizados, ya que se mezclan diferentes técnicas quirúrgicas no siempre comparables. Por último, parece que lo más prudente es ofrecer consejo a las pacientes, explicándoles su riesgo individualizado y, por tanto, dada la complejidad del problema, hacerlas partícipes de la decisión final, con sus ventajas y/o inconvenientes.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Incontinencia oculta, prolapso de órganos pélvicos, cirugía conjunta.

ABSTRACT

Review of the appropriate combined surgery treatment of genital prolapse and occult stress urinary incontinence

The aim of this paper is to review the literature on a problem that arises frequently in clinical practice: should not add technical or incontinence in patients with occult incontinence is undergoing surgery for pelvic organ prolapse? We have reviewed the various papers that support joint surgery and detractors. Perhaps the problem lies in the lack of consensus in the diagnosis of occult urinary incontinence, and therefore it does not correspond to the post-surgery urinary incontinence. The other major problem is the lack of homogeneity in the work, and that mix different surgical techniques are not always comparable. Finally, it seems that it is prudent to offer advice to patients, explaining the complexity of the problem and making them partakers of the final decision, with their advantages and/or disadvantages.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Occult incontinence, surgery for pelvic organ prolapse, combined surgery

Introducción

Conocida la fisiopatología de los defectos del suelo pélvico, es fácil de entender que el estudio de prolapsos de órganos pélvicos (POP) debe ir íntimamente ligado al de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), ya que ambas entidades tienen una fisiopatología común: la debilidad del soporte proporcionado por el suelo pélvico.

Podemos encontrarnos con varias situaciones clínicas distintas: a) pacientes con síntomas de prolapso y de incontinencia urinaria (casi el 40-50% de las pacientes con POP)¹; b) pacientes con prolapso sin síntomas de incontinencia

(éstas también pueden tener IUE tras la cirugía del prolapso), y c) pacientes con prolapso e IUE oculta (IUEO), aproximadamente en un 20-30% de los casos²⁻⁵.

Describimos como incontinencia oculta la que está enmascarada por el prolapso, es decir, producida por el acodamiento de la uretra secundaria al prolapso y que sólo se pone de manifiesto tras la reducción de éste. Es fácil sospecharla si en la anamnesis las pacientes refieren síntomas de IUE que ha ido mejorando o incluso desapareciendo al ir aumentando el grado de prolapso. Para diagnosticarla se debe realizar una prueba de esfuerzo en la consulta⁶ o un estudio urodinámico, y pedir a la paciente que realice la maniobra de Valsalva o tosa reduciendo el prolapso, con la precaución de reducirlo hacia el sacro, ya que si se hace anteriormente (hacia el pubis) se comprimirá la uretra. Esta maniobra puede hacerse de varias formas (con los dedos,

Correspondencia:

M.L. Sánchez Ferrer. Departamento de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca». Ctra. Madrid-Cartagena, s/n.
30120 El Palmar (Murcia).
Correo electrónico: marisasanchez@um.es

Revisión sobre la idoneidad del tratamiento quirúrgico conjunto del prolapso genital y la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta asociada
M.ªL. Sánchez-Ferrer, F. Machado-Linde, L. Hernández Hernández, M.T. Prieto-Sánchez, L. Cánovas López, A. Nieto-Díaz

con valva, torunda o pesario), aunque no hay consenso en cuanto a cuál es la mejor forma.

Planteamiento del problema

Parece claro que, cuando una paciente tiene prolapso más síntomas claros de IUE, tiene un alto riesgo de persistir la IUE postoperatoriamente si no se trata también este problema, por lo que la mayoría de los autores opinan que se deben tratar conjuntamente ambas entidades. En las pacientes con prolapso sin síntomas de IUE ni evidencia de IUEO en la exploración, parece prudente operar sólo el prolapso. El dilema radica en un subgrupo que tiene POP e IUEO: ¿cuál es la actitud más adecuada?, ¿se debe realizar cirugía conjunta de ambos problemas o, por el contrario, se debe realizar sólo cirugía del prolapso con la esperanza de que al reconstruir la anatomía del suelo pélvico se corregirá también la incontinencia de esfuerzo latente, sin necesidad de añadir técnica antiincontinencia? Se estima que en este subgrupo de IUEO el riesgo de desarrollar IUE es alto (hasta un 80%)²⁻⁵. Actualmente, la respuesta a estas preguntas no se puede basar en evidencias, aunque hay en marcha varios ensayos clínicos que tratan de aclarar esta disyuntiva.

Estudios a favor del tratamiento conjunto

El porcentaje de pacientes que requieren cirugía adicional antiincontinencia tras la reparación del prolapso difiere ampliamente: un 28% en las pacientes con IUE coexistente, un 4-16% en las pacientes asintomáticas sin IUEO, y un 1,5-24% en las pacientes con IUEO^{4,5,7-16}. Uno de los grupos con probabilidades más altas de desarrollar IUE *de novo*, según publican Clark et al.¹⁷ en un estudio observacional retrospectivo, sería el de las mujeres sin síntomas, con test esfuerzo positivo (y reducción con pesario) y a las que no se ofreció una banda libre de tensión (*tension-free vaginal tape* [TVT]); en este estudio se observa que el 64,7% de estas mujeres desarrollaron posteriormente una IUE. No obstante, los autores refieren que sólo el 7,5% fueron operadas para corregir la IUE, después de la cirugía del POP. Esta tasa es variable según la bibliografía; así, otros autores¹⁸ refieren que la intervención por IUE posterior a la cirugía del prolapso ha sido necesaria en un 22% de las mujeres operadas de POP. Liang et al.¹⁹ realizaron un ensayo clínico en 79 pacientes con prolapso y sin síntomas de IUE, de las que 49 presentaban una IUEO (en 32 se realizó cirugía conjunta, y en 17 sólo cirugía del prolapso); en el grupo sin cirugía de IUE conjunta se obtuvo una mayor tasa de IUE, tanto objetiva como subjetiva (el 64,7 frente al 10%).

Algunos autores a favor de tratar ambas entidades conjuntamente, como Anger et al.²⁰, en su estudio observacional retrospectivo, argumentan que de esta manera se evitaría una reoperación precoz, tanto para el prolapso como para la IUE, a pesar de que las tasas de disfunción miccional de

tipo obstructivo son elevadas en comparación con las pacientes operadas sólo del prolapso. Sin embargo, en el metaanálisis de Van der Ploeg et al.²¹ (que incluye 7 ensayos clínicos aleatorizados) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la capacidad vesical postoperatoria entre la cirugía sola o combinada. En los ensayos clínicos CARE³ y OPUS²², incluidos dentro de este metaanálisis, no se encontraron diferencias. Hemos de matizar que existen diferencias considerables en la definición de la tasa de obstrucción entre distintos autores. Sokol et al.²³, en su estudio observacional retrospectivo, no encuentran diferencias significativas en la retención urinaria prolongada o en la necesidad de realizar una uretrolisis en pacientes con TVT, comparándola con TVT + cirugía de prolapso. También Amundsen et al.²⁴ realizaron un estudio observacional retrospectivo, y argumentaron que el tratamiento concomitante es compatible y no compromete la reparación vaginal, ni tampoco la reparación del prolapso afecta a la efectividad de la técnica antiincontinencia; en su estudio no encontraron síntomas obstructivos ni otras complicaciones. Se suman a esta idea otros autores, como Groutz et al.²⁵, que realizaron un estudio observacional prospectivo en 100 pacientes, en el que afirmaban que la TVT profiláctica es efectiva y segura en pacientes con prolapso, y comunicaron una mínima morbilidad (1 perforación vesical; ninguna de ellas requirió una reintervención posterior). Tampoco en dos ensayos clínicos^{3,22} se encontraron diferencias en el porcentaje de pacientes con uno o más efectos adversos severos.

El ensayo clínico OPUS²² se hizo para valorar la IU y los efectos adversos a los 3 meses de la cirugía del compartimento anterior con TVT. El objetivo fue comparar si a los 12 meses los resultados son distintos cuando se usa la TVT de forma profiláctica o no. En dicho ensayo se concluye que un tercio de las pacientes tienen una IUE oculta. Se diseñaron 2 grupos de trabajo: 1) grupo de cirugía conjunta, en el que el 27% tuvo una IUE, y 2) grupo de sólo cirugía del prolapso, en el que el 43% tuvo una IUE. A los 3 meses la IU fue menor en el grupo de TVT (el 24 frente al 49%; $p < 0,001$). A los 12 meses, el grupo de TVT tuvo menos tasas de IU ($p < 0,0024$). En el estudio se concluye que la colocación de TVT profiláctica concomitante al POP conlleva un resultado superior en porcentaje de continencia postoperatoria a los 3 y 12 meses. Por cada 6 mujeres sometidas a TVT profiláctica se previene 1 caso de IU, sin efectos adversos graves o inesperados. Algunos autores³ van más allá y creen que la cirugía de IUE no sólo es necesaria en mujeres con IUEO, sino en todas las pacientes con cirugía del prolapso o, al menos, en la colposacropexia abdominal.

En el metaanálisis de Van der Ploeg et al.²¹, los autores concluyen que el número de pacientes que es necesario tratar (NNT) para prevenir que una mujer desarrolle una IUE *de novo* fue mayor en todas las pacientes continentales (el 9 frente al 20%; NNT= 9) que en las pacientes continentales con IUEO

(el 22 frente al 52%; NNT= 3) o en las mujeres con IUE coexistente (el 10 frente al 63%; NNT= 2). Estos resultados apoyan la idea de que la cirugía conjunta puede ser especialmente beneficiosa en pacientes con IUE coexistente u oculta.

Estudios en contra del tratamiento conjunto

Algunos autores en contra, como Casiano et al.²⁶, en su estudio observacional, comunican que la reparación conjunta comparada con sólo la colocación del *sling* no afecta a la tasa de incontinencia de orina posterior; sin embargo, parece aumentar los síntomas del tracto urinario inferior (aumento de frecuencia urinaria y mayor probabilidad de obstrucción postoperatoria y necesidad de realizar una uretrolisis).

Ballert et al.²⁷ realizaron un ensayo clínico con 3 grupos de pacientes: 1) pacientes con prolapso e IUE demostrada en el estudio urodinámico; 2) pacientes con prolapso sin IUE clínica, y 3) pacientes con prolapso e IU clínica, aunque no demostrada en el estudio urodinámico, sin reducir o no el prolapso. A todas se les realizó cirugía del prolapso (con/sin malla), y a las del primer grupo con malla transobturadora libre de tensión (*transvaginal obturatriz tape* [TOT])/TVT concomitante. Se excluyeron del estudio a las pacientes con hipocontractilidad del detrusor y residuo posmiccional aumentado. En el primer grupo se observó un riesgo de obstrucción del 8,5%, en el segundo un riesgo de incontinencia del 8,3%, y en el tercero un riesgo de incontinencia del 30%. Los autores afirman que el riesgo de obstrucción es mayor en los prolapsos de alto grado. Gordon et al.²⁸ realizaron un estudio observacional prospectivo, con cirugía concomitante en 30 pacientes y sin ninguna clínica de IUE, y tras la cirugía encontraron que un 13,3% presentaba una hiperactividad del detrusor *de novo*. De Tayrac et al.²⁹, en su estudio de casos y controles retrospectivo, describen una serie corta de 19 pacientes y un 27% de disfunción de vaciado en el grupo conjunto.

En el metaanálisis de Van der Ploeg et al.²¹, en 3 estudios de pacientes intervenidas de POP y sin síntomas de incontinencia^{3,30,31} se constata una incidencia de incontinencia urinaria de urgencia (IUU) en ambos grupos (sin y con cirugía para la IUE) del 6 frente al 10%, con un riesgo relativo (RR) de 0,7. En este metaanálisis sí se obtuvieron diferencias en cuanto a los problemas de vaciado vesical; se observó un riesgo aumentado de cateterización prolongada (>1 semana) después de la cirugía conjunta (el 6 frente al 1%) en 3 estudios^{2,22,32,33} (RR= 4,5). En los 3 estudios se comunicó la necesidad de realizar cirugía para resolver el problema del vaciado obstructivo del 2%^{2,22,30}.

En cuanto a los métodos diagnósticos preoperatorios que pueden permitir seleccionar pacientes para detectar la IUE y decidir si la cirugía del POP se asocia a la cirugía de la IUE, algunos autores han estudiado el valor de la urodinámica.

Caruso et al.³⁴, en un estudio observacional retrospectivo, ponen de manifiesto la complejidad de los métodos diagnósticos y afirman que la urodinámica tiene un bajo valor predictivo positivo, con una sensibilidad del 65%, para reproducir los hallazgos clínicos de IU, ya que aunque muchas pacientes presenten evidencias de IUE en la exploración física, no se demuestra su presencia después en el estudio urodinámico; sin embargo, el 99% de las pacientes con IUE urodinámica sí tenían IUE clínica o manifestada en la anamnesis. Dokmeci et al.³⁵, en un estudio observacional prospectivo, compararon la urodinámica convencional con la ambulatoria. Estudiaron a 18 pacientes con síntomas de IUE, y observaron que en el 56% la prueba ambulatoria resultó positiva y en ninguna en los estudios urodinámicos convencionales, lo que se atribuye al entorno artificial del laboratorio y la posición. Grazener y Lapitan³⁶, en su revisión de la Cochrane, evaluaron si los hallazgos urodinámicos preoperatorios inflúan en el tratamiento y los resultados de la IUE. Los autores concluyen que el estudio urodinámico no influyó o dictó el resultado de los procedimientos antiincontinencia. Algunos estudios recientes han comunicado un incremento de la precisión diagnóstica con la urodinámica ambulatoria^{35,37,38}, por lo que podría ser una opción razonable en pacientes con clínica de IUE y estudios urodinámicos convencionales normales. El diagnóstico de IUE en mujeres con POP es difícil, como refleja Dwyer³⁹ en su artículo de opinión, en el que recomienda no tratar conjuntamente de forma sistemática a las pacientes con IUEO: no hay consenso respecto al método para diagnosticar la IUEO. En el estudio CARE⁴⁰ se puso de manifiesto que la tasa de detección de la IUEO varía según el método empleado: un 16% con reducción manual del prolapso, un 21% con pinzas de anillo, un 20% con gran torunda de algodón, un 30% con el uso de un espéculo dividido (valvas separadas) y un 6% con pesario. La sensibilidad de los test preoperatorios respecto a la reducción del prolapso para predecir la IUE *de novo* es sólo del 17-39%. En el citado artículo de Dwyer³⁹ se puntualiza que para el diagnóstico de IUEO en mujeres con total eversión de la vagina se pueden emplear técnicas más agresivas para la reducción del prolapso, lo que puede dar más falsos positivos al causar un excesivo aplastamiento del ángulo uretrovaginal posterior.

Algunos autores, como Jundt et al.⁴¹, afirman que la cirugía antiincontinencia concomitante a la de la corrección del prolapso puede ser «efectiva», pero muy a menudo innecesaria. Así, en esta línea de razonamiento, Schierlitz et al.⁴², en su estudio prospectivo, controlado y aleatorizado, comparan los resultados y concluyen que se deberían insertar 10 TOT para prevenir una incontinencia a los 2-4 años del preoperatorio en mujeres operadas de prolapso-IUE. Sin embargo, como hemos mencionado en el apartado anterior, esto no se constata en el metaanálisis de Van der Ploeg et al.²¹.

Otro argumento en contra de la asociación sistemática de TVT a la cirugía del POP es que no podemos olvidar la tasa

Revisión sobre la idoneidad del tratamiento quirúrgico conjunto del prolapso genital y la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta asociada
M.ª L. Sánchez-Ferrer, F. Machado-Linde, L. Hernández Hernández, M.T. Prieto-Sánchez, L. Cánovas López, A. Nieto-Díaz

Tabla 1. Comparativa entre las complicaciones de TOT y TVT

%	TOT	TVT
Dolor	12-16 (inguinal)	7,5% (pélvico)
Disfunción del vaciado	4-11	19,7-47
Urgencia urinaria	6	5,9-25
ITU	6,4	34
Lesión vesical	0-1	6,6-15 a 34 (manos inexpertas)
Lesión ureteral	2/2.543	0,9
Dispareunia	1-9%	
Lesión vaginal/erosión	4	0,4
Perforación vaginal	0,4-1,3	
Lesión vascular	1/2.543	
Raras	Fístulas, fascitis necrosante, abscesos, miositis	Fístulas, lesiones vasculares o intestinales, fascitis necrosante, atrapamiento ileoinguinal

ITU: infección del tracto urinario; TOT: malla transobturadora libre de tensión (*transvaginal obturatriz tape*); TVT: banda libre de tensión (*tension-free vaginal tape*).

de potenciales complicaciones que tienen las técnicas de antiincontinencia (aunque excepcional, no hay que olvidar que se han descrito 2 casos de muerte debido a un daño vascular⁴³). En la tabla 1 se muestra la frecuencia de complicaciones con TVT y TOT^{44,45}. En el estudio OPUS²², los efectos adversos en el grupo de *sling* comparados con la cirugía sola son la perforación vesical (el 7 frente al 0%), las infecciones del tracto inferior urinario (el 31 frente al 18%) y el mayor sangrado (el 3 frente al 0%). Borstad y Rud² y Costantini et al.³¹ no comunican complicaciones. Borstad y Rud indican que la tasa de complicaciones fue inicialmente del 18% después de la cirugía combinada, frente al 5% después de la cirugía sola; sin embargo, al cabo de 1 año a 53 pacientes de su estudio se les implantó un *sling* en un segundo tiempo, por lo que esta diferencia se redujo a valores no significativos (el 18 frente al 11%).

¿Cuál es el significado real del hallazgo de IUEO en pacientes que se van a someter a una cirugía del prolapso?

En un estudio prospectivo observacional de Svenningsen et al.⁴ se introdujo un concepto interesante: la IUEO no se correlaciona bien con la IUE *de novo*, manifestada en el postoperatorio, ni con la tasa de pacientes que se reintervienen posteriormente de IUE. En este estudio se describen incidencias distintas: para la IUEO de un 27-38% y para la IUE *de novo* de un 17%. Las pacientes con IUEO tienen un 20% más de riesgo de tener una IUE *de novo*, comparadas con las que presentan test previos negativos. Aunque tam-

bién se apunta una incidencia del 9% de IUE *de novo* en pacientes con test para la IUEO negativos. Para poder discernir qué pacientes se beneficiarían de un tratamiento conjunto, es necesario evaluar la validez de los test preoperatorios. Para los autores de este estudio se consigue una mayor sensibilidad con las combinaciones de estos test preoperatorios. Concluyen que la tasa real de reintervenciones por IUE *de novo* en su serie fue muy baja (4,4%), por lo que opinan que no debería ofrecerse el tratamiento conjunto de forma sistemática a las pacientes con prolapso e IUEO. La cirugía que ellos emplean en su serie son Manchester y plastias anteriores y posteriores.

Jundt et al.⁴¹ plantearon un estudio observacional longitudinal en 233 pacientes, de las que el 35,8% mostró una IUEO en la exploración física o en la urodinámica. Sólo el 15,8% de los casos presentó después una IUE, por lo que se reoperaron. Estas pacientes sí pueden beneficiarse de la cirugía conjunta (que incluye tanto la cirugía abdominal y vaginal para el prolapso como la TVT o el Burch para la incontinencia). El reto es identificar a estas pacientes. Los autores apuntan posibles explicaciones de estos resultados: a) que el test preoperatorio no sea el adecuado (la reposición del prolapso mediante un espéculo o pinzas de anillo puede causar IU), o 2) la reparación del prolapso podría funcionar como una cirugía antiincontinencia. Estos autores proponen como posible estrategia en las mujeres con prolapso realizar un test de la tos, reposicionando para identificar a las pacientes con IUEO, y después un estudio urodinámico sólo en éstas con un test clínico positivo.

En un estudio observacional prospectivo⁴⁶ se halló que el 63% de las pacientes con IUEO, en las que no se implantó TOT, desarrollaron una IUE *de novo*, un 4% con un test negativo tuvo una IU posteriormente, y llama la atención que un 38% de las que tuvieron un test positivo no presentaron una IUE *de novo*. Los autores también constataron una hiperactividad del detrusor en un 31% de las pacientes con IUU, que persistió en 13 de las 15 pacientes en el postoperatorio. De las 33 pacientes que tenían síntomas de urgencia pero no hiperactividad, 23 los resolvieron al solucionarse el prolapso.

Discusión

Una consideración muy importante que cabe tener en cuenta es la falta de homogeneidad en las publicaciones en este campo, lo que dificulta la extracción de conclusiones. Para Atiemo⁴⁷ el problema es que faltan estudios al respecto, y además los realizados (él revisa 19 artículos) son demasiado heterogéneos. Según este autor, debería hacerse un análisis multifactorial que incluyera:

- El tipo de reparación del prolapso.
- El tipo y la técnica del tratamiento antiincontinencia.
- Distinguir dos situaciones clínicas diferentes: si la paciente tiene síntomas previos de IUE, demostrable por test o estudio urodinámico, o bien si se trata de una IUEO.

Además, deberían hacerse comparando en estos subgrupos los siguientes aspectos:

- La incidencia de IUE o IUU.
- La tasa de obstrucción postoperatoria.
- La necesidad de cirugía posterior.

Otro aspecto que cabría considerar es la variabilidad en los estudios urodinámicos de las pacientes con IU, especialmente las pacientes con IUEO por POP. Long et al.⁴⁸, en su estudio observacional, mostraron que las mujeres clínicamente continentes con prolapso tenían una presión de cierre uretral significativamente mayor que las del grupo de incontinentes (otros parámetros, como la máxima capacidad vesical, la obstrucción al vaciamiento vesical y la inestabilidad del detrusor, no difirieron). Por tanto, es posible que los parámetros urodinámicos puedan ayudarnos a discriminar mejor el grupo de pacientes que deberían recibir tratamiento.

Jelovsek et al.⁴⁹ han desarrollado un modelo para predecir el riesgo individual de IUE *de novo* en pacientes que se van a someter a una intervención por POP. Este modelo se basa en los estudios o test preoperatorios y en las predicciones de cirujanos expertos. Incluso ofrece una calculadora *online* para uso clínico (<http://www.r-calc.com/ExistingFormulas.aspx?filter=CCQHS>). Tiene en cuenta ciertas características individuales (edad, peso, comorbilidades médicas) y test específicos, como el test de IUE reduciendo el prolapso. Se consideraron los siguientes factores de riesgo: edad avan-

zada, raza blanca, alta paridad, índice de masa corporal elevado, ser fumadora habitual, diabetes mellitus, alto grado de prolapso, actividad física extenuante y urgencia urinaria. Algunos parámetros se tomaron de cuestionarios validados (Pelvic, Floor Distress Inventory). Los autores afirman que este modelo tiene una buena precisión predictiva, con un índice de concordancia corregido del 0,72%.

Otro aspecto que cabe destacar es la durabilidad de la operación conjunta. Algunos autores⁵⁰ que realizaron un estudio de cohortes prospectivo en 374 mujeres concluyen que la tasa de reoperación en pacientes intervenidas de POP y de IU a los 10 años es del 17%, inaceptablemente alta.

Para Togami et al.⁵¹, en su artículo de revisión, lo más importante es el consejo preoperatorio: debe informarse a las pacientes sin síntomas de IU de que el riesgo de desarrollar IUE posteriormente oscila entre el 10 y el 50%^{2,19,29,52}. Debería explicarse la cirugía profiláctica, las complicaciones de los *slings* (como la urgencia secundaria a una obstrucción: del 5,9-25% en los *slings* retropúbicos). A pesar de que las tasas son menores con el abordaje transobturador, la retención urinaria y la disfunción de vaciado está establecida según los distintos autores en el 0-15,6%^{19,53}. De Tayrac et al. (27% disfunción del vaciado). La recurrencia de IUE es del 10%²⁹.

Conclusiones

- No hay consenso sobre la forma de detectar a las pacientes con IUEO.
- La frecuencia de IUEO es muy variable entre los distintos autores.
- El reto sería identificar al subgrupo de pacientes con IUEO que realmente va a desarrollar una IUE *de novo* y evitar tratamientos innecesarios, minimizando así las posibles complicaciones de la cirugía conjunta.
- Hay un pequeño porcentaje de pacientes que no se diagnostican de IUEO y sí presentan una IUE *de novo*... ¿Cómo detectarlas? ¿Podría ayudar a ello algún parámetro urodinámico?
- Cabe tener en cuenta otros aspectos: ¿por qué no se correlaciona bien la tasa de IUE *de novo* con la tasa de reoperaciones por IUE?, ¿es verdad que las pacientes «toleran mal» las reintervenciones o los procedimientos en «2 tiempos»?

Después de todo lo argumentado, nos parece que de momento no se puede dar una respuesta categórica a la pregunta que planteamos, dada la enorme controversia suscitada hasta ahora. Parece prudente ofrecer a las pacientes las distintas opciones, y hacerlas partícipes en la toma de decisiones, teniendo en cuenta las características especiales y las expectativas de cada una de ellas. También parece interesante incorporar el cálculo del riesgo individual

Revisión sobre la idoneidad del tratamiento quirúrgico conjunto del prolapso genital y la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta asociada
M.ª L. Sánchez-Ferrer, F. Machado-Linde, L. Hernández Hernández, M.T. Prieto-Sánchez, L. Cánovas López, A. Nieto-Díaz

propuesto por Jelovsek et al., y por supuesto realizar ensayos clínicos multicéntricos con un número elevado de pacientes y con la máxima homogeneidad posible en los criterios de inclusión/exclusión, así como en las técnicas quirúrgicas realizadas. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Lensen EJM, Withagen MIJ, Kluivers KB, Milani AL, Vierhout ME. Urinary incontinence after surgery for pelvic organ prolapse. *Neurourol Urodyn.* 2013; 32: 455.
2. Borstad E, Rud T. The risk of developing urinary stress-incontinence after vaginal repair in continent women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1989; 68: 545-549.
3. Brubaker L, Nygaard I, Richter HE, Visco A, Weber AM, Cundiff GW, et al. Two years outcomes after sacrocolpopexy with and without Burch to prevent stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(1): 49-55.
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 [doi 1007/s00192-012-1764-5].
5. Ennemoser S, Schonfeld M, Von Bodungen V, Dian D, Friese K, Jundt K. Clinical relevance of occult stress urinary incontinence (OSUI) following vaginal prolapse surgery: long-term follow-up. *Int Urogynecol J.* 2012; 23: 851-855.
6. Espuña Pons M, Fillol Crespo M, Pascual Amorós MA, Cassadó Garriga J; Grupo GISPEM. Sistemática de la exploración pélvica en la mujer con prolapso genital. Hoja de recogida de datos y su cumplimentación. *Suelo Pélvico.* 2014; 10(1): 5-10.
7. Comparison of the result of TVT performed at the time of prolapse surgery or 3 months after. *ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00308009.*
8. Evaluating the necessity of TOT implantation in women with pelvic organ prolapse and occult stress urinary incontinence (ATHENA). *ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01095692.*
9. Pelvic organ prolapse repair plus mini-sling versus pelvic organ prolapse repair alone. *ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01384084.*
10. Treatment for stress and mixed urinary incontinence and vaginal vault prolapse. *ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00223106.*
11. Treatment of urinary stress incontinence during or following correction of pelvic organ prolapse. *ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00697489.*
12. Evaluating the necessity of TOT implantation in women with pelvic organ prolapse and occult stress urinary incontinence (ATHENA). *ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01095692.*
13. Araki I, Kira S, Haneda Y, Kobayashi H, Takeda M. Surgical outcome of occult stress urinary incontinence in pelvic organ prolapse. *Neurourol Urodyn.* 2010; 29: 1.173.
14. Stefano S, Maurizio S, Elena C, Silvia M, Francesco BP. Genital prolapse and stress urinary incontinence: a patient preference approach. *Neurourol Urodyn.* 2010; 29: 86-87.
15. Leruth J, Fillet M, Waltregny D. Incidence and risk factors of postoperative stress urinary incontinence following laparoscopic sacrocolpopexy in patients with negative preoperative prolapsed reduction stress testing. *Int Urogynecol J.* 2013; 24: 485-491.
16. Hafidh BA, Chou Q, Khalil MM, Al-Mandeel H. De novo stress urinary incontinence after vaginal repair for pelvic organ prolapse: one-year follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013; 168: 227-230.
17. Clark AL, Gregory T, Smith VJ, Edwards R. Epidemiologic evaluation of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189: 1.261-1.267.
18. Barstad E, Rud T. The risk of developing urinary stress incontinence after vaginal repair in continent women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1989; 68: 545-549.
19. Liang CC, Chang YL, Chang SD, et al. Pessary test to predict postoperative urinary incontinence in women undergoing hysterectomy for prolapse. *Obstet Gynecol.* 2004; 104: 795-800.
20. Anger J, Litwin M, Wang Q, Pashos C, Rodríguez L. The effect of concomitant prolapse repair and slings outcomes. *J Urol.* 2008; 180: 1.003-1.006.
21. Van der Ploeg JM, Van der Steen A, Oude Rengerink K, Van der Vaart, Roovers JP. Prolapse surgery with or without stress incontinence surgery for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG.* 2014 [doi:10.1111/1471-0528.12509].
22. Wei JT, Nygaard I, Richter HE, Nager CW, Barber MD, Kenton K, et al. A midurethral sling to reduce incontinence after vaginal prolapse repair. *N Engl J Med.* 2012; 366: 2.358-2.367.
23. Sokol AI, Jelovsek JE, Walters MD: Incidence and predictors of prolonged urinary retention after TVT with and without concurrent prolapse surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192: 1.537.
24. Amundsen C, Flynn B, Wehster G. Anatomical correlation of vaginal vault prolapse by uterosacral ligament fixation in women who also required a pubovaginal sling. *J Urol.* 2008; 169: 1.770-1.774.
25. Groutz A, Gold R, Puzner D, Lessing JB, Gordon D. Tension-free vaginal tape (TVT) for the treatment of occult stress urinary incontinence in women undergoing prolapse repair: a prospective study of 100 consecutive cases. *Neurourol Urodyn.* 2004; 23(7): 632-635.
26. Casiano E, Gebbart J, McGree M, Weaber A, Klingele C, Trabuco E. Does concomitant prolapse repair at the time of midurethral sling affect recurrent rates of incontinent? *Int J Urogynecol.* 2011; 22: 819-825.
27. Ballert KN, Biggs GY, Issealunhre A, Rosenblum N, Nitti W. Managing the uretra at transvaginal pelvic organ prolapse repair. A urodynamic approach. *J Urol.* 2009; 181: 679-684.
28. Gordon D, Gold RS, Puzner D, Lessing JB, Groutz A. Combined genitourinary prolapse repair and prophylactic tension-free vaginal tape in women with severe prolapse and occult stress urinary incontinence: preliminary results. *Urology.* 2001; 58: 547.
29. De Tayrac R, Gervaise A, Chauveaud-Lambling A, Fernández H. Combined genital prolapse repair reinforced with a polypropylene mesh and tension-free vaginal tape in women with genital prolapse and stress urinary incontinence: a retrospective case-control study with short-term follow up. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83: 950-954.
30. Liapis A, Bakas P, Georgantopoulou C, Creatsas G. The use of the pessary test in preoperative assessment of women with severe genital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 155: 110-113.
31. Costantini E, Lazzeri M, Bini V, Del Zingaro M, Zucchi A, Porena M. Pelvic organ prolapse repair with and without prophylactic concomitant Burch colposuspension in continent women: a randomized, controlled trial with 8-year follow-up. *J Urol.* 2011; 185: 2.236-2.240.
32. Ballert KN, Kanofsky J, Nitti VW. Effect of tension free vaginal tape and TVT-obturator on lower urinary tract symptoms other than stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19: 335.

33. Klutke C, Siegel S, Carlin B. Urinary retention after tension-free vaginal tape procedure: incidence and treatment. *Urology*. 2001; 58: 697.
34. Caruso D, Kanagarajah P, Cohen B, Ayyahurai R, Gómez C, Gousse A. What is the predictive value of urodynamics to reproduce clinical findings of urinary frequency, urge urinary incontinence and for stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2010; 21: 1.205-1.209.
35. Dokmeci F, Seval M, Gok H. Comparison of ambulatory versus conventional urodynamics in females with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2009 [doi: doi:10.1002/nau.20821].
36. Glazener CM, Lapitan MC. Urodynamic investigations for management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002; 3: CD003195.
37. Patravali N. Ambulatory urodynamic monitoring: are we wasting our time? *J Obstet Gynaecol*. 2007; 27: 413-415.
38. Pannek J, Pieper P. Clinical usefulness of ambulatory urodynamics in the diagnosis and treatment of lower urinary tract dysfunction. *Scand J Urol Nephrol*. 2008; 42: 428-432.
39. Dwyer PL. Women with occult stress incontinence should not routinely have a mid urethral sling with prolapsed surgery. *Int Urogynecol J*. 2012; 23(7): 827-829.
40. Visco AG, Brubaker L, Nygaard I, Richter HE, Cundiff G, Fine P, et al. The role of preoperative urodynamic testing in stress-continent women undergoing sacrocolpopexy: the colpopexy and urinary reduction efforts (CARE) randomized surgical trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008; 19: 607-614.
41. Jundt K, Wagner S, Bodungen V, Friese K, Peschers M. Occult incontinence in women with pelvic organ prolapse –does it matter? *Eur J Med Res*. 2010; 15: 112-116.
42. Schierlitz L, Dwyer PL, Rosamilia A, Murray C, Thomas E, Taylor N, et al. A prospective randomised controlled study comparing vaginal prolapse repair with and without tension vaginal tape (TVT) in women with severe vaginal prolapse and occult stress incontinence; 3 years follow-up. *Int Urogynecol J*. 2010; 21 Supl 1: 2.
43. Isom-Batz G, Zimmern PE. Vaginal mesh for incontinence and/or prolapse: caution required! *Expert Rev Med Devices*. 2007; 4(5): 675-679.
44. Nage CW, Tan-Kin J. Stress urinary incontinence in women: transobturator midurethral sling. Up to date. Jan 2014. Topic: 14218. Version: 5.0. Release: 21.12-C22.33.
45. Nage CW, Tan-Kin J. Stress urinary incontinence in women: retropubic midurethral sling. Up to date. Jan 2014. Topic: 14217. Version: 11.0. Release: 21.12-C22.33.
46. Chaikin DC, Groutz A, Blaivas JG. Predicting the need for anti-incontinence surgery in continent women undergoing repair of severe genital prolapse. *J Urol*. 2000; 163: 351-354.
47. Atiemo HO. Should an anti-incontinence procedure be routinely performed at the time of pelvic organ prolapse repair? An evidence-based review. *Curr Urol Rep*. 2010; 11: 304-309 [editorial comment by Wein AJ].
48. Long CY, Hsu SC, Wu TP, Sun DJ, Su JH, Tsai EM. Urodynamic comparison of continent and incontinent women with severe uterovaginal prolapse. *J Reprod Med*. 2004; 49: 33-37.
49. Jelovsek J, Chagin K, Brubaker L, Rogers R, Richter H, Arya L, et al. A model for predicting the risk of de novo stress urinary incontinence in women undergoing pelvic organ prolapsed surgery. *Obstet Gynecol*. 2014; 123: 279-287.
50. Denmann MA, Gregory W, Boyles S, Smith V, Edwards R, Clark A. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organs prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198: 555e1-555e5.
51. Togami JM, Chow D, Winters JC. To sling or not to sling at the time of anterior vaginal compartment repair. *Curr Opin Urol*. 2010; 20: 269-274.
52. Stanton SL, Hilton P, Norton C, Cardozo L. Clinical and urodynamic effects of anterior colporrhaphy and vaginal hysterectomy for prolapse with and without incontinence. *Br J Obstet Gynaecol*. 1982; 89: 459-463.
53. Delorme E, Droupy S, De Tayrac R, Delmas V. Transobturator tape (uratape): a new minimally-invasive procedure to treat female urinary incontinence. *Eur Urol*. 2004; 45: 203-207.