

CASO CLÍNICO

Manejo clínico de la incontinencia urinaria mixta: a propósito de un caso

M. Muñoz Muñiz, Á. Leal García, S. Serrano Velayos, R. Usandizaga Elio

Unidad de Suelo Pélvico. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción

La incontinencia urinaria mixta (IUM) se define por la aparición de escapes de orina que van precedidos de una sensación repentina e incontrolable de ganas de orinar (urgencia), asociados a pérdidas involuntarias de orina como consecuencia de un aumento de la presión intra-abdominal¹.

Las tasas de prevalencia de la incontinencia publicadas son muy variables de unas poblaciones a otras. En nuestro país, un estudio realizado en mujeres de entre 24 y 64 años encuentra una prevalencia global del 7,2%, si bien la prevalencia aumentaba cuanto mayor era la edad de la mujer².

El tipo de incontinencia más frecuente es la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) (10-39%), seguida de la IUM (7,5-25%), mientras que la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) es la forma de presentación menos frecuente (1-7%)³.

Caso clínico

Mujer de 65 años que consulta por escapes de orina desde el último parto que han ido empeorando hasta ser en la actualidad diarios, en grandes cantidades y ante mínimos esfuerzos. También presenta un aumento de la frecuencia miccional diurna y nocturna acompañado de urgencia miccional y episodios de IUU diarios. Utiliza pañal como protector debido a la severidad de los escapes, precisando cuatro o cinco recambios al día. En el cuestionario ICIQ-IU-SF alcanza una puntuación de 21.

No refiere sensación de prolapso ni dificultad en la micción. Niega infecciones del tracto urinario de repetición. No presenta incontinencia fecal, aunque refiere estreñimiento crónico de larga evolución, que controla con medidas dietéticas.

Entre sus antecedentes personales destacan obesidad (índice de masa corporal 31); diabetes mellitus tipo 2, de 5 años de evolución y en tratamiento con metformina, con buen control metabólico; y dislipemia. Está menopáusica desde los 52 años y ha tenido dos gestaciones, con dos partos eutócicos de recién nacidos de 4.100 y 4.200 gramos.

En la exploración ginecológica se observa una ligera atrofia, con signos leves de dermatitis del pañal, sin prolapso asociados. La sensibilidad perineal está conservada y los reflejos anal y bulbocavernoso son normales. Presenta una capacidad de contracción voluntaria moderada de los músculos del suelo pélvico (Oxford 3/5). En el test de esfuerzo, se objetiva una pérdida importante de orina con la maniobra de Valsalva, así como hipermovilidad uretral. La ecografía ginecológica muestra un aparato genital interno atrófico y no se objetiva residuo posmiccional. Mediante ecografía transperineal se observa una movilidad uretral elevada (21 mm). La tira reactiva es negativa para nitritos, leucocitos y sangre.

Se solicita a la paciente que cumplimente un diario miccional de tres días, en el que se objetiva una frecuencia miccional media de nueve, con uno o dos episodios de nicturia. Presenta 3-4 episodios al día de IUE, así como 2-3 episodios de IUU. La ingesta hídrica oscila entre 1,5 y 2 litros/día, con diuresis concordante con la ingesta. Presenta una capacidad vesical media de 125 mL, con una capacidad vesical máxima de 280 mL.

Ante el diagnóstico de IUM, se plantea el tratamiento concomitante de ambos componentes debido a la severidad de los síntomas. Para abordar la urgencia, se revisan

Correspondencia:

M. Muñoz Muñiz

Correo electrónico: marmuno_iz@yahoo.es

los hábitos de vida de la paciente, se sugieren modificaciones en aquellos que puedan empeorar su incontinencia, y se inician un programa de reeducación vesical y tratamiento con solifenacina 5 mg/día. Para el componente de esfuerzo, se ofrece tratamiento rehabilitador, que la paciente declina por vivir lejos del centro hospitalario y no poder acudir con facilidad por problemas familiares, lo que la obliga a decantarse por el tratamiento quirúrgico mediante la colocación de banda suburetral libre de tensión. Previamente a su inclusión en la lista de cirugía, se solicita estudio urodinámico.

Acude a la consulta a las 8 semanas de tratamiento con el estudio urodinámico ya realizado, en el que, durante la fase de llenado, se observa una vejiga de capacidad reducida que presenta contracciones del detrusor desde los 100 mL y pérdidas de orina severas asociadas a aumentos de la presión abdominal desde los 150 mL. En la fase de vaciado se observa una micción voluntaria, con curva de características normales sin residuo posmiccional.

Respecto a los síntomas de su IUU, la paciente refiere que ha notado mejoría ya que ha reducido los episodios de urgencia y apenas presenta escapes por este motivo. No refiere efectos secundarios importantes con el tratamiento, salvo una ligera sequedad de boca, que tolera sin problemas. Se propone mantener el tratamiento y se incluye en lista de espera para colocación de banda suburetral transobturadora.

La cirugía se realiza 2 meses más tarde en régimen ambulatorio, sin complicaciones. En la primera revisión en la consulta, la paciente refiere la curación de los escapes asociados a los esfuerzos, aunque ha notado un empeoramiento de la urgencia miccional. En ese momento realiza micciones cada hora y media, con frecuentes episodios de urgencia que han vuelto a provocar escapes. No refiere síndrome miccional ni dificultad en la micción.

En la exploración se observa una buena cicatrización a nivel de la mucosa vaginal sin exposición de la banda. En la ecografía transperineal, se comprueba que la banda está localizada en la uretra media, de forma simétrica, y que no provoca rectificación de la misma. El residuo posmiccional no es significativo (35 mL) y el análisis de orina es negativo.

Se propone continuar el tratamiento con solifenacina pero aumentando la dosis a 10 mg/día, y se insiste en el cumplimiento de las micciones programadas y las

habilidades para la supresión de la urgencia aprendidas anteriormente. Tras 2 meses de tratamiento, la paciente vuelve a la consulta refiriendo una mejoría importante ya que ha reducido la frecuencia miccional diurna y nocturna y, aunque sigue teniendo algunos episodios de urgencia, éstos ya no le provocan incontinencia. También ha notado mayor sequedad de boca, pero la tolera bien y prefiere mantener el tratamiento dada su eficacia. No presenta escapes asociados al esfuerzo ni dificultad en la micción.

Discusión

La anamnesis es un elemento fundamental en la evaluación de las mujeres con síntomas de incontinencia urinaria, ya que nos ayuda en el diagnóstico del tipo de incontinencia al poder evaluar mediante la entrevista clínica el tipo y la gravedad de los síntomas, el tiempo de duración de los mismos, así como la forma de aparición, los factores desencadenantes o agravantes si los hubiera, la repercusión que tienen en la calidad de vida de la mujer, y los mecanismos de adaptación que haya implementado para aliviar las molestias que provocan⁴.

En la IUM, esta anamnesis no sólo nos permitirá establecer su diagnóstico, sino que además ayudará al clínico a definir cuál es el componente predominante de cara a orientar el tratamiento inicial. Aunque en la mayoría de los casos es suficiente una correcta anamnesis utilizando preguntas específicas, no debemos olvidar que la mayoría de las guías nos recomiendan la utilización sistemática de cuestionarios validados de síntomas y calidad de vida de forma complementaria. Estos cuestionarios, además de ayudarnos en el diagnóstico, nos permitirán evaluar la eficacia del tratamiento a largo plazo.

El cuestionario más utilizado en la práctica clínica por su sencillez es el International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence - Short Form (ICIQ-UI-SF). Consta de 4 preguntas: las tres primeras abordan la frecuencia y la cantidad de los escapes de orina junto con la repercusión de los mismos en la calidad de vida, y nos dan la puntuación del cuestionario, que puede oscilar entre 0 y 21, mientras que la cuarta pregunta nos orienta sobre el tipo de incontinencia⁵. Sin embargo, no siempre resulta sencillo establecer, basándose en la información que nos aporta, el componente predominante.

Manejo clínico de la incontinencia urinaria mixta: a propósito de un caso

M. Muñoz Muñoz, Á. Leal García, S. Serrano Velayos, R. Usandizaga Elio

Es por ello que, entre los cuestionarios validados al castellano disponibles, el Urogenital Distress Inventory-Short Form (UDI-6) resulta de especial interés en las mujeres con IUM, ya que pregunta de forma separada por los síntomas de IUE y de IUU, de forma que puede orientarnos acerca de cuál es el componente más molesto para la paciente al otorgar diferentes puntuaciones a cada tipo de escape y guiarnos a la hora de iniciar el tratamiento⁶.

En nuestra experiencia, la información extraída a partir del diario miccional de tres días que cumplimenta la paciente resulta útil a la hora de establecer no sólo el diagnóstico de la incontinencia, sino también qué tipo de escapes son los más frecuentes y severos y, por tanto, que afectan en mayor medida a la calidad de vida de la paciente.

Una vez establecido el diagnóstico, plantearemos el tratamiento siguiendo las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica, siendo fundamental abordar ambos componentes pero priorizando el síntoma más molesto para la paciente. El primer escalón de tratamiento, tanto para el componente de esfuerzo como para el de urgencia, es el tratamiento conservador, que incluirá modificaciones del estilo de vida, la reeducación vesical y el tratamiento rehabilitador de la musculatura del suelo pélvico, junto con el tratamiento farmacológico de la hiperactividad vesical⁷⁻⁹.

El caso presentado es el de una mujer con IUM en la que predomina el componente de esfuerzo por la información obtenida en la anamnesis y corroborada posteriormente por el diario miccional que nos aporta. Proponemos un tratamiento combinado de ambos componentes dado que se trata de una incontinencia severa que afecta de forma significativa a su calidad de vida (ICIQ-SF 21). Aunque la rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico es un pilar fundamental no sólo en el tratamiento de la IUE sino también en el de la IUU, la situación personal y familiar de la paciente hace que ella misma decline este tratamiento, optando por la opción quirúrgica directamente para controlar los escapes asociados al esfuerzo.

En este caso, el tiempo de espera hasta la cirugía nos permite realizar el tratamiento del componente de urgencia y evaluar si éste es eficaz o no, así como realizar cuantos ajustes sean necesarios. La eficacia del tratamiento conservador y farmacológico es similar en las mujeres con

IUU e IUM y, aunque en ocasiones las pacientes no perciben tal mejoría global inicialmente porque continúan con los escapes asociados a los esfuerzos, en el diario miccional y en los cuestionarios específicos podremos objetivar los cambios⁸.

La banda suburetral libre de tensión es la técnica quirúrgica más utilizada en la práctica clínica para la IUE, aunque disponemos de otras técnicas de probada eficacia⁸. Las tasas de éxito de las bandas suburetrales publicadas en la IUM son inferiores a las obtenidas en la IUE aislada e incluso difieren enormemente en función del componente que predomine, oscilando entre el 52 y el 80%¹⁰.

Tras la cirugía, en algunos casos se produce un empeoramiento de los síntomas de urgencia. Aunque esto es esperable, no debemos olvidar que podría estar producido por complicaciones asociadas a la técnica quirúrgica, como son las infecciones de orina, la disfunción de vaciado postoperatoria o la exposición del material sintético. Por ello se debe valorar adecuadamente a la paciente y realizar las pruebas complementarias necesarias para, una vez descartadas, insistir en el tratamiento del componente de urgencia. En nuestro caso, dado que el tratamiento previo había demostrado ser eficaz, se insistió en el mismo, aumentando la dosis del tratamiento anticolinérgico que tomaba en ese momento y consiguiendo de esa forma un mejor control de los síntomas.

Conclusiones

La IUM es una entidad frecuente en nuestras consultas que afecta negativamente a la calidad de vida de las mujeres que la padecen. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y resulta esencial determinar cuál es el componente predominante, aunque no siempre es fácil porque el tratamiento se debe iniciar por el componente más severo y que más moleste a la paciente. En las mujeres con un claro predominio del componente de esfuerzo y en quienes haya fracasado el tratamiento conservador, o éste no se pueda poner en práctica, estará indicado el tratamiento quirúrgico, aunque en ocasiones los síntomas de urgencia pueden persistir o empeorar tras la cirugía. En caso de que esto último ocurriera, es obligatorio descartar que sea debido a complicaciones de la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al.; International Urogynecological Association; International Continence Society. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010; 29(1): 4-20.
2. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al.; Grupo de Estudio Cooperativo EPICC. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: resultados del estudio EPIC. *Actas Urol Esp*. 2009; 33(2): 159-166.
3. Milson I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int*. 2001; 87(9): 760-766.
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de asistencia práctica: diagnóstico de la incontinencia urinaria. *Prog Obstet Ginecol*. 2018; 61(6): 630-635.
5. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122(8): 288-292.
6. Bouallalene-Jaramillo K, Bagur-Calafat MC, Girabent-Farrés M. Validation of the Spanish version of the Urogenital Distress Inventory short form and Incontinence Impact Questionnaire short form for women between the ages of 18 and 65. *Actas Urol Esp*. 2015; 39(8): 511-517.
7. Díez I, Cassadó J, Martín A, et al. Guía de Asistencia Práctica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia: Incontinencia urinaria mixta: diagnóstico y tratamiento. *Prog Obstet Ginecol*. 2020; 63(3): 185-189.
8. Harding CK, Lapitan MC, Arlandis S, Bø K, Costantini E, Groen J, et al. EAU Guidelines on Non-neurogenic Female LUTS. European Association of Urology; 2021. Disponible en: <https://uroweb.org/guideline/non-neurogenic-female-luts/>
9. Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, Birdler L, Bliss D, Brubaker L, et al. Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, eds. *Incontinence. International Consultation on Incontinence*, 6th ed. Tokio, 2017.
10. Gleason JL, Parden AM, Jauk V, Ballard A, Sung V, Richter HE. Outcomes of midurethral sling procedures in women with mixed urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2015; 26(5): 715-720.