

INCONTINENCIA URINARIA POS-PROSTATECTOMÍA



**IV JORNADAS DEL
RESIDENTE DE
EXTREMADURA**

**CATHERINE BRAVO
SANABRIA**

MIR UROLOGÍA CHC

4 - 5 DE FEBRERO DE 2017

INTRODUCCIÓN

- La PR es la causa más común de incontinencia urinaria de esfuerzo en varones.
- La incontinencia pos-PR tiene un gran impacto en la QoL y puede afectar las actividades diarias.
- Dentro de la etiología están: la hipocontractilidad del detrusor de novo, la deficiencia intrínseca esfinteriana y la disminución de la longitud uretral.
- Su incidencia varia del 6 al 69%.
- Los factores de riesgo que aumentan su incidencia son: edad, IMC, técnica quirúrgica y experiencia del cirujano.
- Dentro del TTO hay opciones conservadoras e invasivas.

MECANISMO DE LA CONTINENCIA

- Coaptación uretral
- Esfínter urinario
(fibras estriadas y lisas)
- Soporte
(ligamentos puboprostáticos)
- Inervación



FISIOPATOLOGÍA

- Denervación (disfunción esfinteriana e hiperactividad del detrusor)
- Alteración de la base anatómica de la vejiga
- Pérdida del soporte (hipermovilidad uretral)
- Pérdida de la longitud funcional de la uretra
- Isquemia
- Fibrosis con falla del mecanismo de coaptación

PREVENCIÓN EN LA IQ

- Mínima manipulación de la uretra
- Preservación del tejido periuretral distal al ápex de la próstata
- Eversión el cuello vesical
- Preservación completa de la longitud funcional de la uretra
- Fijación anatómica del complejo esfínteriano
- Conservación de bandeleta nerviosa

DIAGNÓSTICO

- La evaluación se debe realizar en dos pasos, el primero incluye la HC, el EF, y una evaluación objetiva de los síntomas.
- La capacidad para interrumpir el flujo urinario, la severidad de la incontinencia durante el día (cuándo empeora?), la presencia o ausencia de incontinencia nocturna, y la existencia de situaciones desencadenantes (toser, incorporarse, correr, hacer deporte, posición horizontal).
- El segundo paso consiste en la solicitud de uroanálisis, ecografía urinaria, RPM y DM.



DIAGNÓSTICO

- También es útil el uso de cuestionarios como el ICIQ-SF, y del Pad test de 24 h (IU leve <200 gr, moderada 200-400 y severa >400 gr).
- La uretrocistoscopia permite detectar estenosis uretrales o de la anastomosis, evaluar la función residual del esfínter, y medir la zona de coaptación del esfínter.

ICIQ-SF

Nombre del participante:

CONFIDENCIAL

Fecha de hoy: /

Hay mucha gente que un momento determinado pierde orina. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta qué punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestara las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.

1 Por favor escriba la fecha de su nacimiento: /

DÍA: MES: AÑO:

2 Usted es (señale con X):

Mujer Varón

3 ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque con X)

nunca	<input type="checkbox"/>	0
una vez la semana o menos	<input type="checkbox"/>	1
dos o tres veces a la semana	<input type="checkbox"/>	2
una vez al día	<input type="checkbox"/>	3
varias veces al día	<input type="checkbox"/>	4
continuamente	<input type="checkbox"/>	5

4 No gustaría abrir su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa.
 Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no).
 (Marque con X)

no se me escapa nada	<input type="checkbox"/>	0
una poca cantidad	<input type="checkbox"/>	1
una cantidad moderada	<input type="checkbox"/>	2
mucho cantidad	<input type="checkbox"/>	3

5 Estos escapes de orina que tiene cuanto afectan su vida diaria?
 (Por favor marque en círculo con un número entre 0 (no me afecta nada) y 10 (me afectan mucho))

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada										mucho

Puntuación de ICIQ-SF (suma las puntuaciones de las preguntas 3-4-5)

6 ¿Cuándo pierde orina? (Señale con X lo que le pasa a usted)

nunca pierde orina	<input type="checkbox"/>
pierde orina antes de llegar al WC	<input type="checkbox"/>
pierde orina cuando trasa o estornuda	<input type="checkbox"/>
pierde orina cuando duerme	<input type="checkbox"/>
pierde orina cuando hace esfuerzos físicos (ejercicio)	<input type="checkbox"/>
pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vaciado	<input type="checkbox"/>
pierde orina sin un motivo evidente	<input type="checkbox"/>
pierde orina de forma continua	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por contestar estas preguntas

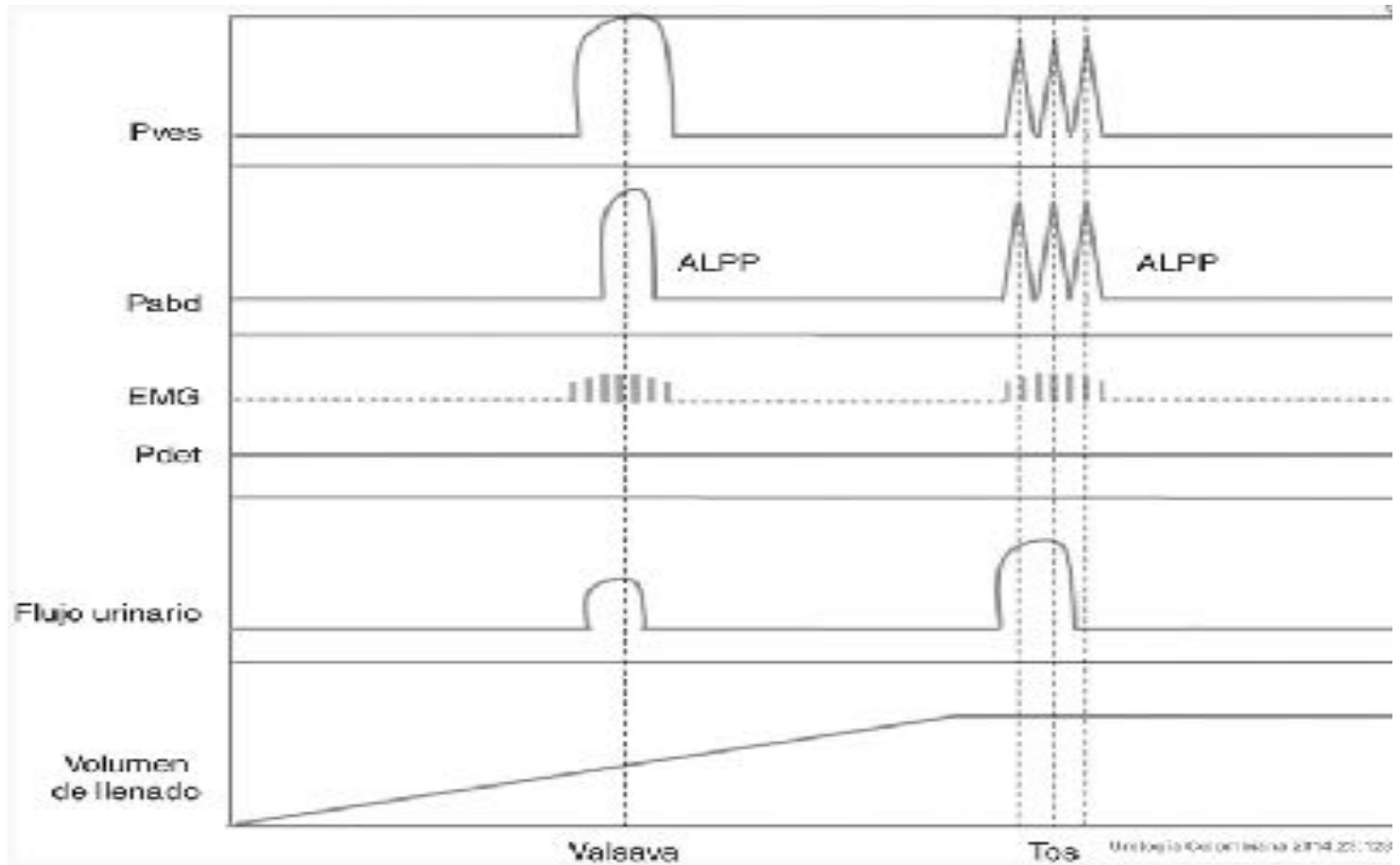
DIAGNÓSTICO

- Sí el paciente tiene síntomas concomitantes de VH o desordenes neurogénicos, y previo a IQ, se debe realizar un EU.
- En el EU se observa disfunción esfinteriana en el 92%, hiperactividad del detrusor 37%, obstrucción 1.2% e hipoactividad del detrusor 1.2%.
- Respecto a la evaluación urodinámica de la función residual del esfínter, el uso de la presión de punto de fuga abdominal (ALPP) mediante un catéter rectal, es la más específica.

DIAGNÓSTICO

- La ALPP corresponde a la presión intrabdominal en la que ocurre el escape de orina, dado por el incremento de la presión abdominal en ausencia de contracción del detrusor.
- La ALPP muestra la habilidad del cuello vesical y el esfínter uretral de resistir el aumento de la presión abdominal.
- La incontinencia de esfuerzo se clasifica en incontinencia por pérdida del soporte uretral y en la que ocurre por pérdida de la coaptación uretral.

DIAGNÓSTICO



DIAGNÓSTICO

ALPP:

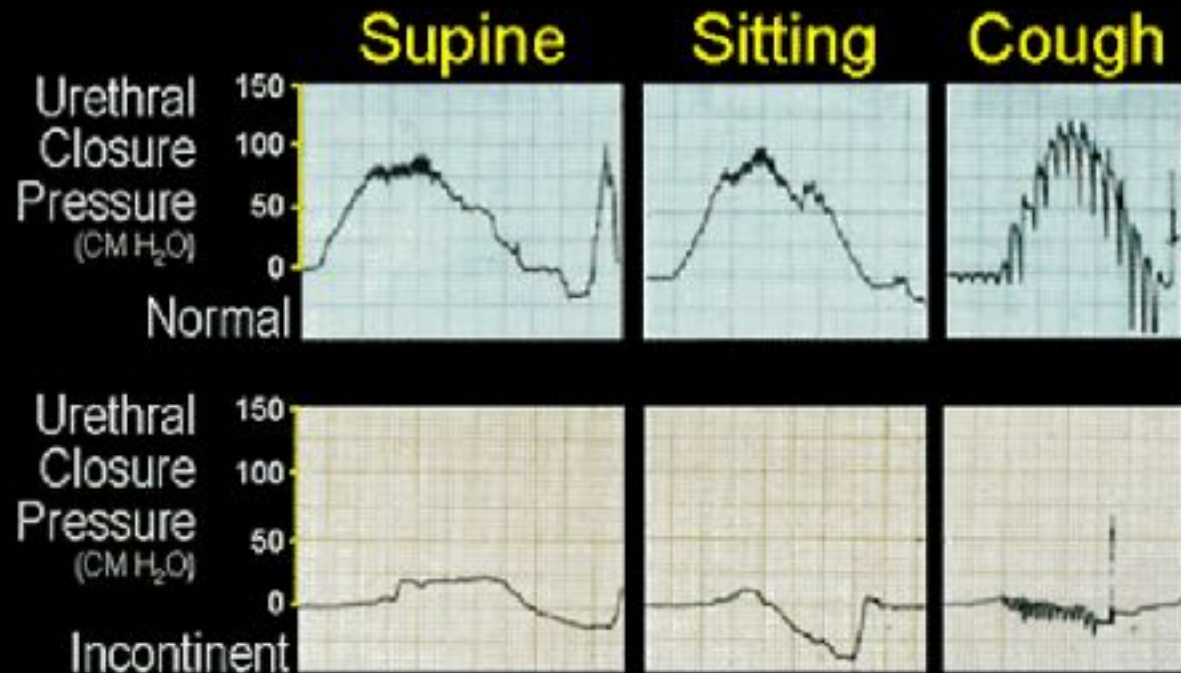
- <60 cm H₂O sugestiva de DEI (Incontinencia tipo III)
- 60-90 cm H₂O equívoco o moderadamente sugestivo de DEI.
- >90 cm H₂O sugestivo de pérdida de soporte uretral (Incontinencia tipo I).

MUCP (presión máxima de cierre uretral):

- Es la diferencia entre la presión uretral máxima y la presión intravesical.
- MUCP <20 cm H₂O sugestivo de DEI.

DIAGNÓSTICO

Urethral Closure Pressure Profiles (cont.)



TRATAMIENTO CONSERVADOR

Intervenciones en el estilo de vida:

- Micción programada, reducción de la ingesta hídrica y reducción de irritantes vesicales (cafeína, especias picantes) y pérdida de peso.

Fisioterapia:

- El entrenamiento del suelo pélvico debe ser ofrecido a todos los varones tras la PR para recuperar la continencia.
- Debe incluir al menos 3 sets de 10 repeticiones diarios.
- No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre iniciarlo antes o después de la IQ.
- Sí es posible adicionar terapia biofeedback.

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Farmacoterapia:

- Los síntomas concomitantes con VH se deben tratar con antimuscarínicos.
- En el caso de IU mixta, se debe tratar el síntoma más molesto.
- La Duloxetina se usa en algunos países para el tratamiento de la IU femenina leve a moderada, las guías de la EUA no recomiendan su uso.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Ofrece altas tasas de continencia, así como también resultados a largo plazo.
- El esfínter urinario artificial ha sido el gold estándar por muchos años.
- Actualmente el sling masculino ha ganado popularidad, tanto el transobturador suburetral como el ajustable.

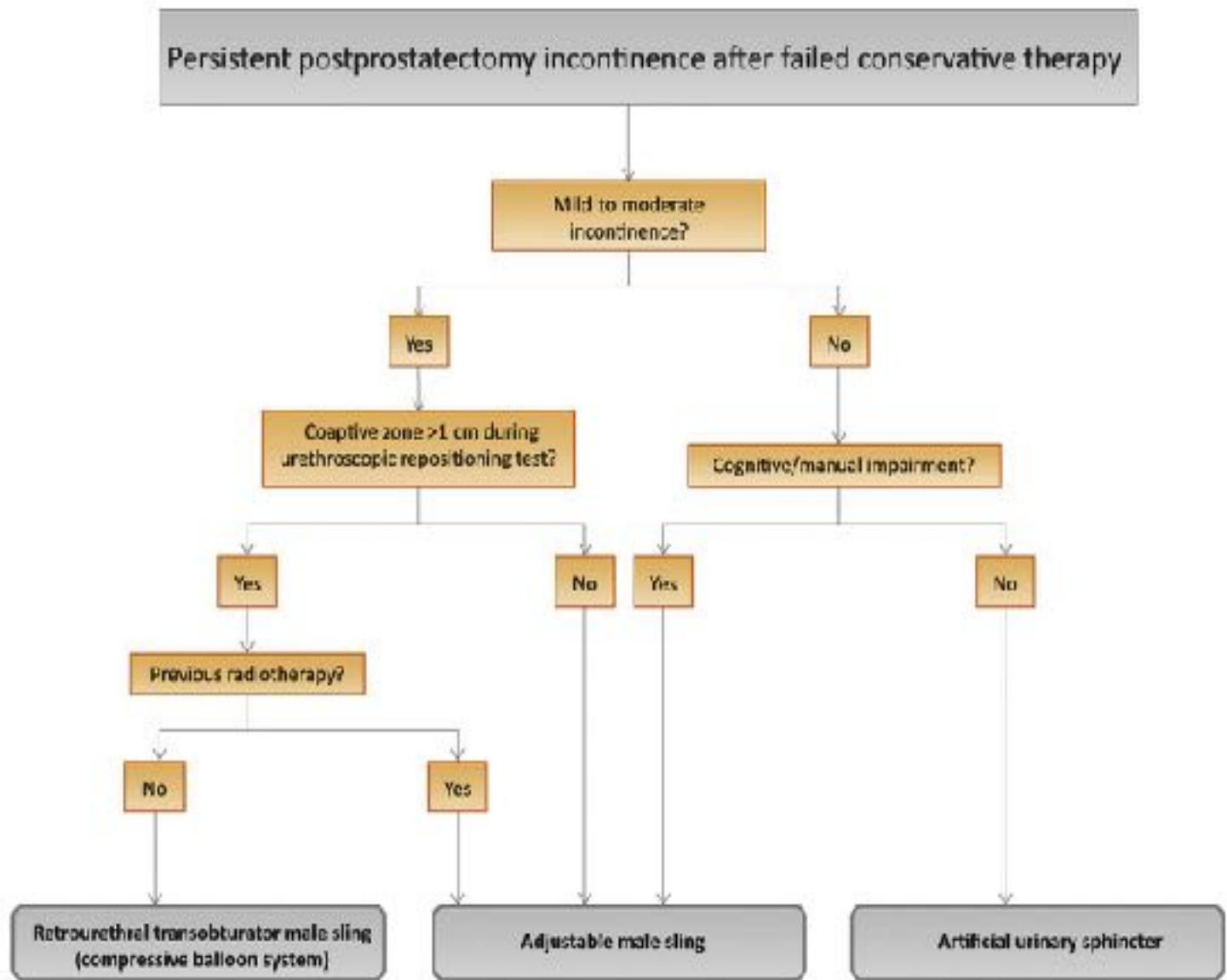
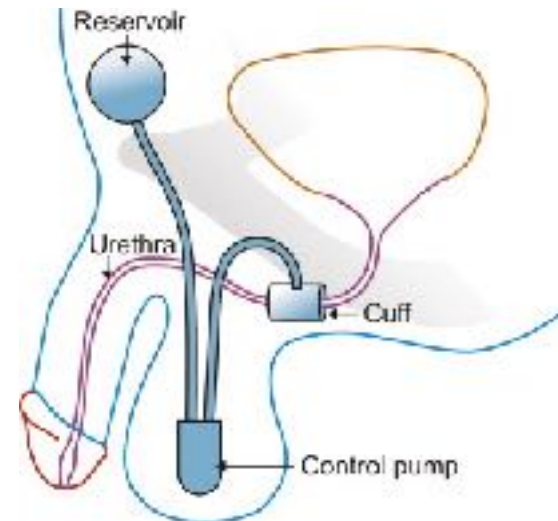


Fig. 2 – Flowchart based on expert opinions indicating different therapeutic approaches for varying clinical conditions.

ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL



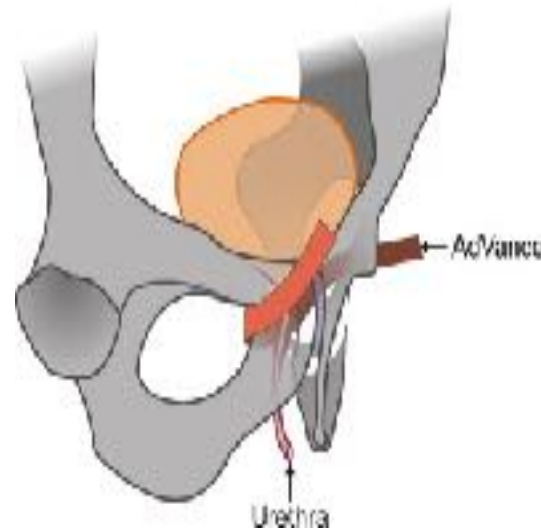
ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL

- Es el estándar en el tratamiento moderado a severo de la IU post-PR.
- El AMS 800 es el dispositivo más usado.
- Las tasa de sequedad varían entre el 4.3 y el 85.7%, con una media de 43.5%.
- Las complicaciones son: erosión/infección uretral 8.4%, falla mecánica 6.2%, atrofia uretral 7.9%, y reintervención 26%.

ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL

- Las tasas de sequedad son del 44.1% con el abordaje perineal, y del 27.4% con el abordaje transescrotal.
- Las complicaciones frecuentemente llevan al explante de todo el dispositivo, el implante de un segundo dispositivo está asociado con un peor resultado.

ADVANCE SLING



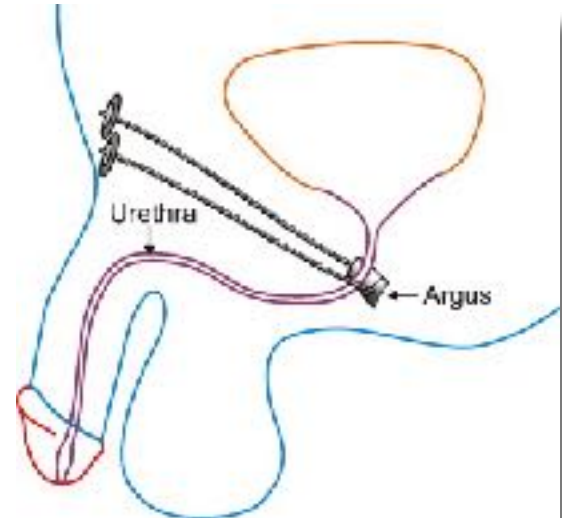
SLING TRANSOBTURADOR RETROURETRAL

- Las tasas de curación varían del 9 al 63%.
- Su colocación es un procedimiento seguro, y las complicaciones severas, también como los explantes son raros.
- La complicación más frecuente es la retención urinaria y el dolor perineal transitorios.
- Su eficacia es menor en pacientes con radioterapia pélvica previa, y por ende está contraindicado en este caso.
- En caso de falla es posible la colocación de un segundo sling, sin embargo el resultado funcional es menor.

SLING AJUSTABLE MASCULINO

- Se coloca suburetralmente en la porción superior del músculo bulboesponjoso, haciendo presión sobre la uretra bulbar y en menor medida sobre la uretra membranosa.
- La tensión debe ser ajustada en el postoperatorio.
- Las guías de la EUA refieren que no hay evidencia, de que la ajustabilidad de los slings ofrezcan un beneficio para los pacientes.

ARGUS CLASSIC/ ARGUST



ARGUS CLASSIC/ ARGUST

- El Argus classic se implanta por vía retropúbica y el ArgusT por vía transobturatriz.
- El Argus classic reporta tasas de cura del 17% (uso de ningún pañal) al 79.2% (uso de uno de seguridad/día).
- El reajuste se realiza en el 30% de los casos.
- La tasa de perforación vesical con el Argus classic es del 10%, por ende se recomienda una cistoscopia intraoperatoria.
- Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son dolor perineal 27%, retención urinaria transitoria 35% y explante 10%.

ARGUS CLASSIC/ ARGUST

- Al comparar el Argus classic vs el AdVance sling, no hubo diferencias en cuanto a lograr la continencia (uso de ningún pañal o uno de seguridad/día) y satisfacción del paciente. La RAO fue menor en el Argus classic 4% vs 11% del AdVance.
- Al comparar las tasa de éxito (uso de ningún pañal o uno de seguridad) y las complicaciones entre el Argus classic y el esfínter artificial, se encontró que eran similares, 85 vs 73%, y 15 vs 8%.
- El ArgusT al tener un abordaje transobturatríz reduce el riesgo de perforación vesical intraoperatoria. La tasa de éxito es del 61.9% (0-5 gr en Pad test de 24 h) y el dolor perineal > a 3 meses es del 16.7%.

PHORBAS SLING

- Es implantado con una incisión simple vía transobturatriz.
- El ajuste puede ser realizado por un puerto escrotal.



SLING AJUSTABLE ATOMS

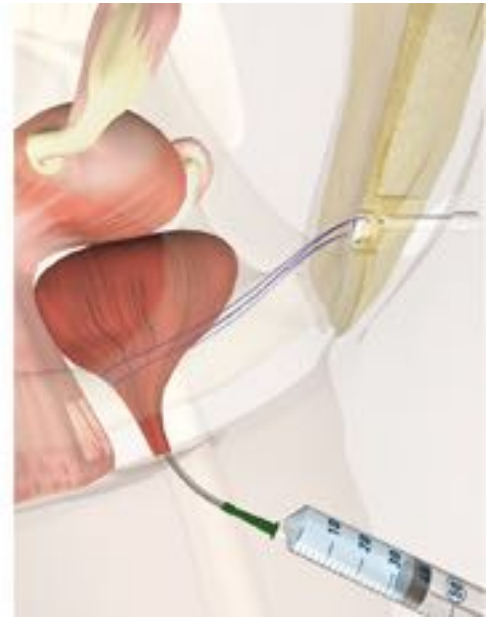
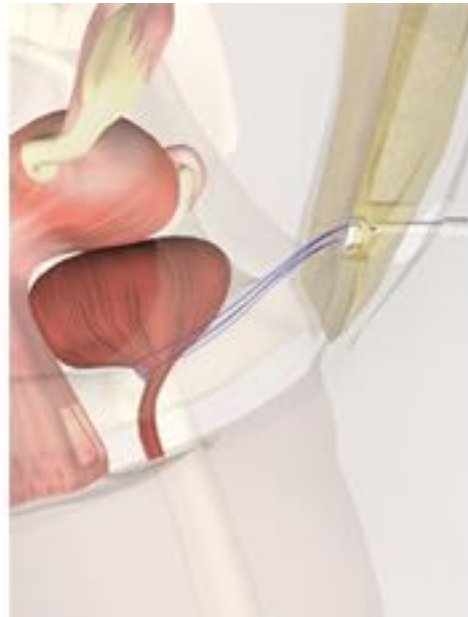
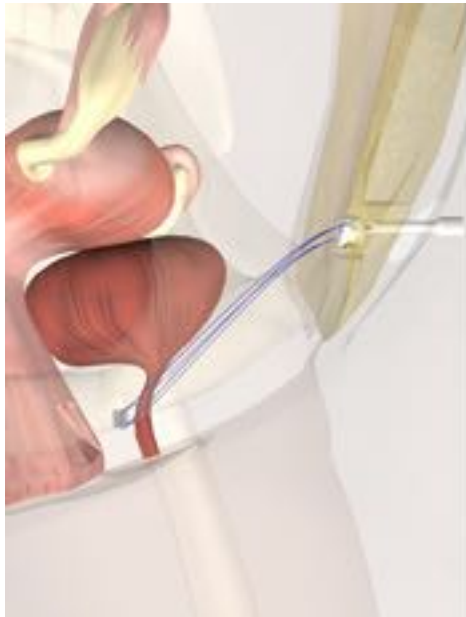


SLING AJUSTABLE ATOMS

- La tasa de éxito es del 60.5% (< 10 ml en el Pad test de 24 h), y la tasa de explante varía entre 4 al 15.8%.
- Se reporta dolor perineal transitorio y escrotal hasta el 68.7%, infecciones del puerto y explantes hasta del 10.5%.
- Presenta resultados similares en pacientes irradiados.



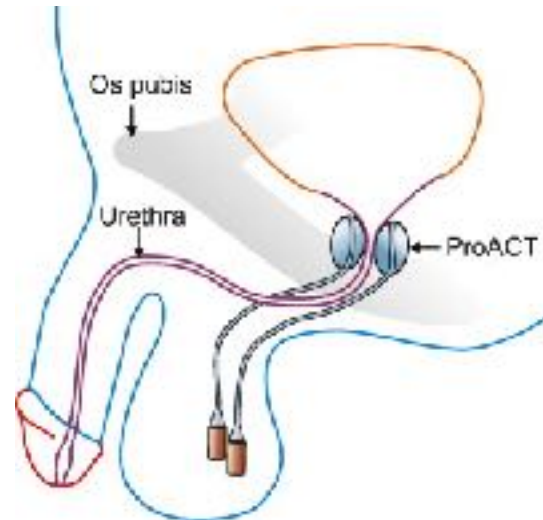
REEMEX



REEMEX

- La tasa de éxito es del 64.7% (< o igual a un pañal al día).
- La tasa de complicaciones es baja, sin embargo la ruptura o infección del varitensor durante el ajuste puede ocurrir.
- La tasa de explante es del 6%.
- No hay evidencia a la fecha del uso de Reemex en pacientes irradiados.

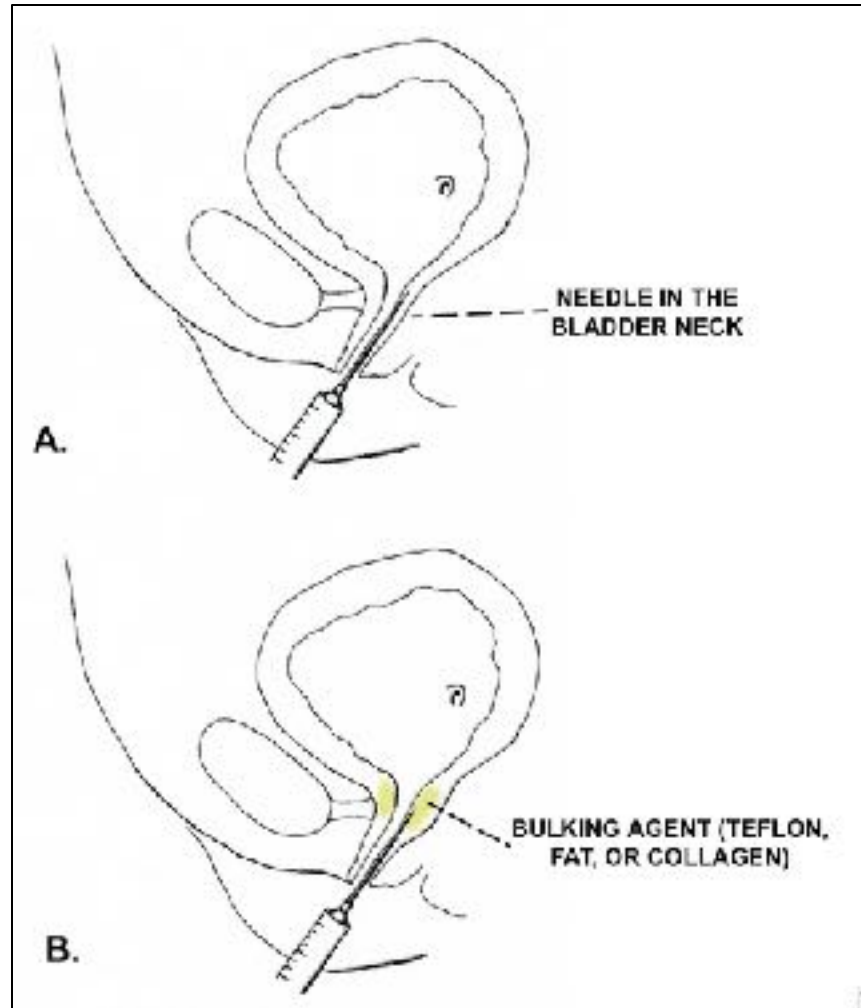
SISTEMA PROACT



SISTEMAS COMPRESIVOS DE BALÓN

- La tasa de éxito varia del 60 al 67% (ningún pañal o un pañal de seguridad /día).
- La tasa de perforación vesical intraoperatoria fue del 2.5%, RAO 1.2%, migración del dispositivo 3.8% y erosión uretral 2.5%.
- La tasa de explante varía entre el 11 al 58%.
- Según las guías de la EUA este sistema no debe ser colocado en pacientes irradiados y en incontinencia severa de esfuerzo.

AGENTES DE RELLENO



AGENTES DE RELLENO

- Los agentes que se usan son: grasa autóloga, colágeno bovino reticulado de glutaraldehido, hidroxiapatita de calcio, perlas revestidas de carbono pirolítico, polidimetilsiloxano, copolímero de alcohol de vinilo de etileno, dextranómero de ácido hialurónico, y politetrafluoroetileno.
- Dentro de las complicaciones están la migración, la fuga, y la reabsorción de los agentes inyectables.
- Dada la alta tasa de falla y el éxito decreciente a través del tiempo, estos agentes no se ofrecen en casos de incontinencia severa, y en aquellos que desean una cura.

Table 2 – Contraindications, optional indications, and ideal indications for different surgical treatment options of male stress urinary incontinence based on current expert opinions

Device system	Ideal indication	Optional indication	Contraindication
AUS	Complete intrinsic sphincter insufficiency in the urethroscopic repositioning test	Mild to moderate SUI with high level of suffering	Patients mentally or manually unable to use the AUS properly
	Complete incontinence High level of suffering		
Adjustable male sling	Mild to moderate SUI	Patients not able or not willing to undergo AUS implantation	Retropubic systems not suitable for patients with SUI after orthotopic neobladder
	Patient able to interrupt urine stream and capability to store urine Previous radiotherapy		
Retrourethral transobturator male sling	Mild to moderate SUI	SUI after TURP or open enucleation with positive repositioning test and coaptive zone >1 cm	Nocturnal incontinence
	Coaptive zone >1 cm during repositioning test	Previous radiotherapy and positive repositioning test with coaptive zone >1 cm	Negative repositioning test with coaptive zone <1 cm
	No previous radiotherapy	Urine loss >500 ml in 24-h pad test	
Compressive balloon system	Mild to moderate SUI	History of previous urethral manipulation	Previous radiotherapy
Bulking agents	None	Elderly patient; not fit for surgery	History of bulking agents
			None

AUS = artificial urinary sphincter; SUI = stress urinary incontinence; TURP = transurethral resection of the prostate.

CONCLUSIONES

- La prostatectomía radical es el principal factor causante de la incontinencia urinaria de esfuerzo masculina (SUI).
- La evaluación y diagnóstico deben realizarse de acuerdo con la evaluación en dos etapas recomendada por la EUA.
- Los cuestionarios validados deben utilizarse para evaluar los síntomas y el impacto sobre la calidad de vida.
- Antes del tratamiento quirúrgico, los pacientes deben ser evaluados con uretrocistoscopia y estudio urodinámico.

CONCLUSIONES

- El tratamiento de primera línea es el conservador, y los EMSP son la elección.
- Los antimuscarínicos se deben usar si hay urgencia asociada.
- El AMS 800 es todavía el tratamiento de elección en la incontinencia moderada a severa pos-PR.
- Los slings masculinos se han convertido en una alternativa, en pacientes con incontinencia leve a moderada.
- Dada la variedad de dispositivos actuales, la elección de cada uno de ellos se debe basar en el tipo de paciente y la clínica.

GRACIAS

