



Asociación de Urología
de la Comunidad Extremeña

**1º REUNIÓN VIRTUAL DE RESIDENTES DE EXTREMADURA .
VIII Jornada de Residentes de Extremadura
12 y 13 de febrero de 2021**

TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA

Dra. Blanca Madurga Patuel
H.U. Puerta del Mar de Cádiz
Coordinadora Nacional del GUFFU. AEU



¿ES ALGO NUEVO?

- No es algo nuevo, pero su incidencia ha aumentado mucho en los últimos años:
 - Aumento de la esperanza de vida en el varón
 - Prostatectomía Radical (10-90%)
 - **No** hay consenso sobre cuando podemos decir que hay una incontinencia tras PR.
 - **No** se pregunta de forma rutinaria sobre Incontinencia tras PR

TIPOS DE INCONTINENCIA

- Esfuerzo
- Urgencia
- Mixta

¿QUE DEBEMOS HACER?

- Básicamente:
 - Buen diagnóstico
 - Tratamiento individualizado

MAS DIFICULTOSO Y VARIABLE EN VARONES COMPARADO CON LA MUJER

DIAGNOSTICO

- 1.- Anamnesis.
- 2.- Exploración física (incluyendo exploración neurológica básica).
- 3.- Capacidad cognitiva.
- 4.- Tipo de Incontinencia en base al síntoma.
 - Esfuerzo
 - Urgencia
 - Mixta

DIAGNOSTICO

5.- Tipo de Incontinencia en base a la gravedad por **Pad Test**:

- Hasta 200 gr.: Leve

- Hasta 400 gr.: Moderada

- Mas de 400 gr.: Severa

6.- **Uretrocistoscopia**: Valorar estenosis de uretra, falsas vías, litiasis vesicales, tumores...

URODINAMICA

- Previamente a la colocación de un Esfínter Urinario Artificial (Documento de Consenso).
- Cuando su resultado nos puede hacer cambiar de actitud terapéutica (Guías Europeas de Incontinencia Urinaria)

¿QUÉ BUSCAMOS EN EL EU?

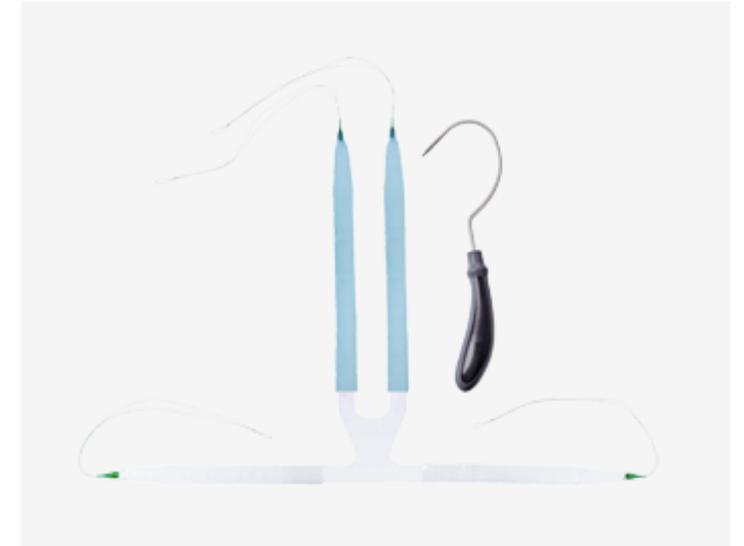
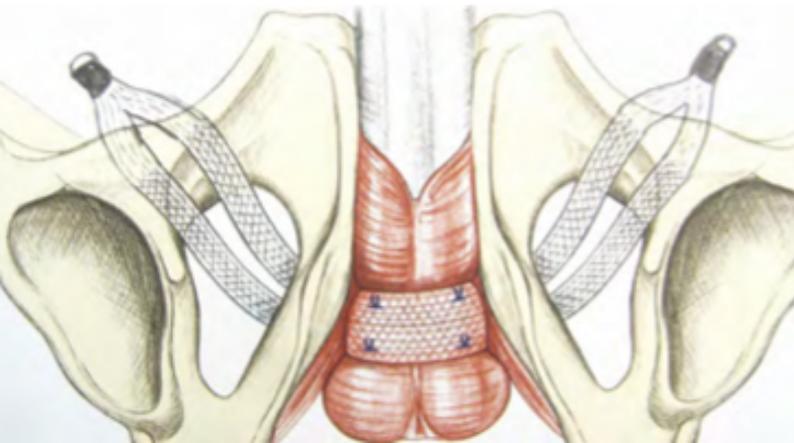
- Fase de llenado:
 - Capacidad Cistomanométrica
 - Acomodación vesical
 - Contracciones involuntarias
- Fase de vaciado:
 - Volumen postmiccional residual



TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA IUE

Slings Suburetrales Fijos:

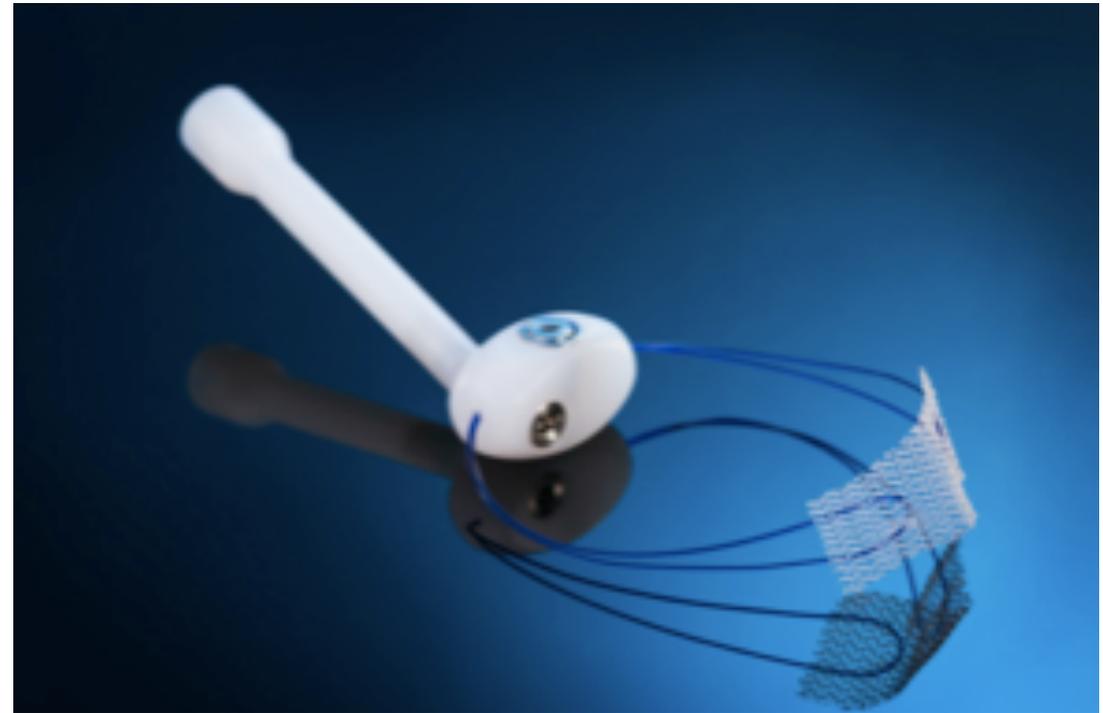
- .Virtue
- .Advance XP
- .I-Stop Toms



TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA IUE

Slings suburetrales ajustables:

- .Reemex
- .Atoms



TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA IUE

Esfínter Urinario Artificial:

.AMS 800

.Zephyr 375





¿Y QUE HACEMOS CON TODO ESTO?



FACTORES A TENER EN CUENTA

TODOS

TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

- Edad del paciente
- Afectación de la calidad de vida
- Severidad de la incontinencia
- Estado cognitivo
- Agilidad manual
- Pruebas complementarias
- Disponibilidad de dispositivos
- **EXPERIENCIA DEL CIRUJANO**



GUIAS EUROPEAS DE INCONTINENCIA

4.3.5.6 Recommendations for men with stress urinary incontinence

Recommendations	Strength rating
Offer duloxetine only to hasten recovery of continence after prostate surgery but inform the patient about the possible adverse events and that its use is off label for this indication in most European countries.	Weak
Only offer bulking agents to men with mild post-prostatectomy incontinence who desire temporary relief of incontinence symptoms.	Weak
Do not offer bulking agents to men with severe post-prostatectomy incontinence.	Weak
Offer fixed slings to men with mild-to-moderate* post-prostatectomy incontinence.	Weak

Warn men that severe incontinence, prior pelvic radiotherapy or urethral stricture surgery, may worsen the outcome of fixed male sling surgery.	Weak
Offer AUS to men with moderate-to-severe post-prostatectomy incontinence.	Weak
Implantation of AUS or ProACT [®] for men should only be offered in expert centres.	Weak
Warn men receiving AUS or ProACT [®] that, although cure can be achieved, even in expert centres, there is a high risk of complications, mechanical failure or a need for explantation.	Weak
Do not offer non-circumferential compression device (ProACT [®]) to men who have had pelvic radiotherapy.	Weak

* The terms "mild" and "moderate" post-prostatectomy incontinence remain undefined.

ACT[®] = artificial compression device; AUS = artificial urinary sphincter.



ENTONCES...¿QUÉ HACEMOS?

- A quién ofrecer slings Suburetrales fijos:
 - Incontinencia leve.
 - Pacientes sin Radioterapia
 - Incontinencia moderada en pacientes que no deseen cirugías mas complejas
 - Incontinencia severa que deseen solo una mejoría de su incontinencia, porque afecte poco a su calidad de vida.

DEBEMOS TENER UN ESFINTER EXTERNO COMPETENTE, CON UN TEST DE REPOSICION POSITIVO.

SLING SUBURETRAL FIJO

- **Ventajas:**

- Cirugía menos compleja.
- Pocas complicaciones.
- Fácilmente extraíble en caso de tener que retirar para colocar otro dispositivo..
- No precisa manejo por parte del paciente

- **Inconvenientes:**

- Bajo porcentajes de pacientes secos (40-60%).

ENTONCES...¿QUÉ HACEMOS?

- Sling Suburetral Ajustable:
 - Incontinencia moderada.
 - Esfínter competente.
 - Incontinencia severa en pacientes con falta de agilidad manual.
 - Aporta la ventaja de poder ajustar la tensión a medio y largo plazo.

SLING SUBURETRAL AJUSTABLE

- Ventajas:

- Ajustabilidad a medio y largo plazo
- En pacientes con deterioro cognitivo proporciona una mayor continencia.
- No hay necesidad de manejo por parte del paciente.

- Inconvenientes:

- Cirugía mas compleja.
- Posibilidad de complicaciones a medio y largo plazo (Exposiciones, dolor...)

ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL

- Ofrecer EUA a:
 - Pacientes con incontinencia severa.
 - Radioterapia previa.
 - Esfínter incompetente.
 - No deterioro cognitivo.
 - Agilidad manual.
 - No CIL.

ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL

- Ventajas:

- Es el dispositivo que proporciona mayor continencia.

- Inconvenientes:

- Precisa cirujanos expertos en esta cirugía
- Vida media entre 5-7 años.
- 30% de revisiones quirúrgicas por diversos motivos.



Neurourology and Urodynamics 35:S8–S24 (2016)

Artificial Urinary Sphincter: Report of the 2015 Consensus Conference

X. Biardeau, S. Aharony, the AUS Consensus Group,* L. Campeau, and J. Corcos**
Department of Urology, Jewish General Hospital, McGill University, Montreal, Québec, Canada

AUS Consensus Group ?

- 19 urólogos
 - 1 Francés
 - 1 Inglés
 - 4 Canadienses
 - 13 Americanos
- Topics
- Recomendations
- “*absolute consensus*” o “*majority consensus*”

- Hacer el implante nunca antes de 6 meses, mejor después de 1 año.
- Urodinámica: No imprescindible, pero si aconsejable. **Necesaria** si RT previa.
- Citoscopia: **Imprescindible.**
- Instrucciones al paciente de forma apropiada.
- Vida media 5-7 años.

- En casos de estenosis de uretra o cuello vesical , hacer siempre la cirugía correctora antes del implante del Esfínter.
- Es posible la implantación en casos de estenosis de uretra estable.
- En casos de RT previa y atrofia de la Esponjosa es posible implantar maguito de menor tamaño.
- Hiperactividad del detrusor, tratarla primero pero no es una contraindicación.
- Clorhexidina mejor que Povidona Iodada.
- Vía de abordaje: mejor resultado con la VP, vías alternativas TS y TC.

- En caso de implante simultaneo la TS es una buena vía
- En casos de TC elegir un manguito $\frac{1}{2}$ cm mas ancho de la medida
- En caso de atrofia submanguito reducir el tamaño del manguito o aumentar la presión del balón
- En casos de infección o erosión esperar 6 meses para nuevo implante
- En casos de fallo mecánico cambiar todo el sistema

PARA LLEVAR A CASA...



- Tratamiento individualizado.
- Manejar todos los datos del paciente, incluyendo sus deseos.
- Tratamiento consensuado.
- Cirujano experto.
- Centros especializados.
- Información veraz, con pros y contras. La secuelas o complicaciones no las perdonan.

MUCHAS GRACIAS
¿PREGUNTAS?