

Aspectos generales, concepto, etiología, patogenia, tipos y clasificaciones

G. BOCARDO, J. MORENO, E. REDONDO, J. CORRAL, L. RESEL ESTÉVEZ

Cátedra y Servicio de Urología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

ASPECTOS GENERALES

La incontinencia urinaria, constituye en nuestra sociedad, un importante problema, tanto desde el punto de vista médico, como social, económico e higiénico. Aunque, evidentemente, no es una patología de origen reciente, sí ha sido en las últimas décadas cuando se ha comenzado a valorar su repercusión a diferentes niveles, no sólo por el importante incremento de la expectativa de vida sino también por la exigencia de una mayor calidad de la misma.

A pesar de los estudios realizados, aún desconocemos la prevalencia real en nuestro entorno. En parte porque muchas personas son incapaces de reconocer su situación, y muchas otras, asumen esta circunstancia como un inconveniente más, inherente a su edad. De todos modos, en España, se estima que el 2,5% de la población presenta esta patología (Salman S. 1994)¹. De esto se deduce, que sólo un pequeño grupo de pacientes consultan al médico y que desafortunadamente, con frecuencia, no se enfoca de una forma adecuada. En general, es infradiagnóstica, con lo que esto implica, ya que un tratamiento adecuado puede, en la mayoría de los casos, resolver o al menos mejorar sustancialmente el problema. Es importante el diagnóstico per sé, pero lo realmente importante es identificar correctamente el mecanismo etiopatogénico responsable, que será lo que determine en gran medida, el éxito en la elección del tratamiento.

La incontinencia urinaria no sólo repercute al individuo que la padece, constituye también una importante carga social si tenemos en

cuenta el enorme gasto económico que conlleva. Además, es especialmente frecuente en la población geriátrica, afectando al 15-30% de los sujetos de edad avanzada, siendo este grupo cada vez mayor en nuestro entorno. Las consecuencias médicas, psicológicas, higiénicas, económicas y sociales, que conlleva esta enfermedad no deben ser subestimadas. Su presencia predispone al desarrollo de: dermatitis perineales, infecciones urinarias, sepsis, caídas, fracturas y úlceras perianales, entre otras. Psicológicamente se observa con más frecuencia una falta de autoestima, sentimiento de vergüenza y tendencia a la depresión...². A nivel social puede producir diferentes grados de aislamiento, una mayor dependencia familiar, mayor necesidad de recursos sociosanitarios; y en términos económicos supone un elevado coste de las complicaciones y de las medidas paliativas, como son los pañales, colectores, sondas, etc.

Sus repercusiones no dependen directamente de la severidad del cuadro, al verse influido de forma importante por factores individuales, que pueden condicionar un mayor o menor impacto. En definitiva, la incontinencia urinaria, independientemente de la patología asociada, puede ser fuente de incapacidad tanto física como psíquica, mermando a todos los que lo padecen, en diferentes grados, su calidad de vida.

CONCEPTO

Existen diferentes definiciones de incontinencia urinaria, aunque la más aceptada es la dada por la Internacional Continence Society (ICS) que la define como: «la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y de tal magnitud que constituye un problema social y/o higiénico para el paciente»^{3,4}.

Atendiendo a esta definición, el término de incontinencia, puede conllevar la presencia de un síntoma, un signo y una condición. Denota la presencia de un síntoma cuando el paciente refiere la pérdida involuntaria de orina; de un signo, cuando hace referencia a la demostración objetiva de la incontinencia al producirse un incremento de la presión intrabdominal; y por último, señala la condición, cuando se produce la demostración urodinámica de la misma y objetivamos una alteración de la fase de llenado vesical. Esta definición, que teóricamente resume de un modo aceptable el problema de la incontinencia y que puede ser de gran utilidad en la evaluación individual de los pacientes, presenta limitaciones en cuanto a su aplicación práctica en la evaluación de estudios poblacionales, o en estudios de eficacia de tratamientos, dado que la aceptación

por parte de los distintos pacientes de la misma cantidad de pérdidas de orina puede ser radicalmente distinta⁵.

En un intento de subsanar este inconveniente, algunos autores propusieron definiciones alternativas que permitiesen una mejor cuantificación de las pérdidas urinarias. Thomas, en 1980, define la incontinencia dependiendo del número de episodios, teniendo relevancia cuando el paciente presenta más de dos en un mes⁶. Seis años más tarde, Diokno, establece que cualquier pérdida de orina fuera del control voluntario, con una frecuencia mínima de seis días en el último año, independientemente de la severidad de la misma, puede considerarse incontinencia urinaria⁷. La mayoría de los estudios epidemiológicos utilizan una de estas dos definiciones, aunque en algunos casos con modificaciones que incluyen la cuantía de las pérdidas.

En la infancia, Hellström, define la incontinencia, como la pérdida de al menos 1 ml de orina, como mínimo una vez a la semana, en un niño de cinco o más años de edad. Aquí se omite deliberadamente el término «involuntaria», incluido con frecuencia en las definiciones que aluden a la incontinencia en el adulto, ya que en los niños, es difícil evaluar cuando un acto es involuntario⁸. Se establece el límite de edad en los cinco años, debido a que en niños menores se puede atribuir a que aún no hayan desarrollado completamente un control miccional similar al del adulto. La mayoría de ellos, a los 4 años de edad, han alcanzado dicho control, siendo continentes las 24 horas del día.

Todas las definiciones comentadas hacen referencia a la incontinencia urinaria uretral. Cuando la pérdida de orina es a través de canales diferentes a la uretra (malformaciones congénitas, fístulas a cualquier nivel del tracto urinario inferior...), se considera incontinencia urinaria extrauretral. El manejo diagnóstico y terapéutico en estos casos, es muy diferente, por lo que es importante identificarlos precozmente⁴.

El hecho de que existan diversas definiciones, y que todas ellas tengan una aplicación más o menos práctica, pone de manifiesto que ninguna de ellas es completa. Se precisa una definición que sea capaz de abarcar los siguientes conceptos:

- Demostración objetiva de la pérdida urinaria.
- Posibilidad de relacionar la frecuencia y severidad de la pérdida de orina.
- Consideración del impacto de la afectación subjetiva en cada individuo.
- Que contribuya a la toma de decisiones terapéuticas urológicas y/o conductuales⁵.

ETIOLOGÍA

ETIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA

Aunque la incontinencia urinaria se puede presentar en hombres, es un problema que afecta principalmente a las mujeres. Su frecuencia alcanza alrededor del 40% de la población femenina, presentando una mayor prevalencia entre los 45 y 50 años de edad⁹.

Antes de comentar las posibles causas, hay que tener en cuenta que existen una serie de factores que predisponen su presentación y en algunos casos agravan la misma. Entre ellos cabe destacar: la diabetes (puede asociarse a una incontinencia por rebosamiento debido a una vejiga acontráctil), la obesidad, la depresión, la caquexia, la menopausia y el envejecimiento (hay una disminución de la masa de músculo estriado y del plexo venoso periureteral, con disminución de la longitud uretral y de la presión uretral máxima de cierre).

La incontinencia urinaria, puede ser el resultado de una disfunción vesical o esfinteriana:

A. Incontinencia por disfunción vesical

Cuando el origen de la misma está relacionado con la vejiga (incontinencia con urgencia) puede deberse a una inestabilidad, a una disminución de la distensibilidad o compliance vesical o, a un vaciamiento incompleto de la vejiga (incontinencia por rebosamiento). También observaremos la incontinencia ante una fistula vesicovaginal.

B. Incontinencia esfinteriana

La incontinencia de origen esfinteriano (de esfuerzo) puede deberse a una malposición anatómica de una unidad esfinteriana intacta (incontinencia anatómica) o a una disfunción intrínseca del esfínter, con o sin una anomalía anatómica asociada.

El tipo de incontinencia más frecuente en la mujer es la incontinencia de esfuerzo combinada con urgencia.

B.1. Incontinencia anatómica

La incontinencia anatómica supone el 90-95% de la incontinencia urinaria femenina de esfuerzo. Sobreviene por la pérdida del soporte pel-

viano de la vejiga y de la uretra, impidiendo este hecho, que los mecanismos compensadores actúen durante las maniobras que aumentan la presión abdominal, produciéndose los escapes de orina. Para un adecuado control de la continencia urinaria, es necesario que los diversos factores que contribuyen a la misma (anatómicos, hormonales y neurofisiológicos) estén indemnes.

Entre las causas de incontinencia urinaria anatómica destaca el traumatismo obstétrico. Durante el parto se afectan los mecanismos de soporte vesicouretrales debido al arrastre de los órganos urinarios. La afectación variará dependiendo de el número de embarazos, cuántos de ellos han sido partos vaginales y de las dificultades que han acontecido durante los mismos.

Otra causa importante, es la regresión postmenopaúsica, que conlleva una atrofia generalizada de todos los músculos, incluyendo la musculatura pélvica y vesicoureteral, como consecuencia de la deprivación estrogénica. A pesar de esto, el papel de los estrógenos en la continencia no está claro; mientras algunos defienden que su administración favorece la continencia, según otros, dosis elevadas de los mismos desencadenan una incontinencia de esfuerzo.

Las cirugías como la histerectomía con anexectomía completa y la amputación abdominoperineal del recto casi siempre producen una alteración en la inervación vegetativa con cierto grado de disfunción vesical.

B.2. Disfunción intrínseca del esfínter

La disfunción esfinteriana intrínseca, se caracteriza por presentar el cuello vesical y la uretra proximal abiertos en reposo y en ausencia de contracciones del detrusor, lo que implica que la uretra proximal ya no actúa como esfínter. Su causa puede ser una alteración en la función del esfínter por un daño muscular a ese nivel o por un déficit de tejido esponjoso. Entre las causas, destacan por su frecuencia: el déficit estrogénico, los traumatismos, las intervenciones quirúrgicas previas, las radiaciones y los trastornos neurogénicos¹⁰.

ETIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA EN EL VARÓN

Dado que no existen estudios homogéneos sobre la incontinencia urinaria masculina, resulta difícil dar datos fiables sobre su incidencia. Willington, tras encuestar a 27.000 individuos con edades compendi-

das entre los 62 y 90 años, encontró una afectación del 25% de los sujetos¹¹.

Las principales causas de incontinencia en el varón, las podemos dividir en dos grandes grupos:

A. *Incontinencia de causa esfinteriana*

- Quirúrgica. Tras una adenomectomía suprapúbica, aparecerá la incontinencia si se lesiona también el esfínter distal, ya que la lesión del proximal es constante e inevitable. En la cirugía de la uretra proximal, la situación se invierte y sólo habrá incontinencia si previamente existe lesión del esfínter proximal, por ejemplo, por resección transuretral (RTU) de próstata, RTU del cuello vesical o en la prostatectomía radical. También puede aparecer incontinencia tras cirugía de valvas posteriores, abdominoperineal del recto, de un uréter ectópico o en la cirugía pelviana radical.
- Postraumática. La incontinencia puede deberse a una lesión directa del sistema esfinteriano, o a una lesión neurológica a nivel del arco sacro más bajo (la lesión a este nivel no siempre tiene un origen traumático). Este último suele ser también el mecanismo responsable de la incontinencia en la cirugía abdomino-perineal del recto.
- Congénita. Puede observarse en vejigas neurógenas, epispadias o extrofia vesical.
- Farmacológica. Los alfa-bloqueantes pueden producir incontinencia, al disminuir la resistencia uretral, cuando existe previamente cierto grado de incompetencia esfinteriana.
- Post-radioterapia. Produce fibrosis del sistema esfinteriano que dificulta la coaptación uretral, junto con la lesión vesical, que frecuentemente se asocia.
- Oncológica. El adenocarcinoma de próstata cuando invade el esfínter puede causar incontinencia por un mecanismo similar al descrito en la radioterapia¹².

B. *Incontinencia por alteración detrusoriana*

- Neurogénica. La hiperreflexia vesical se produce si la lesión es superior al arco sacro. Si es suprapontina, hay relajación esfinteriana junto con la contracción del detrusor. Si la lesión es infrarreticular, se producirá una disinergia vesicoesfinteriana. Las tres circunstancias cursarán con incontinencia¹³.

- Vesicogénica. La obstrucción de la vía urinaria inferior puede acompañarse de inestabilidad vesical, la incontinencia puede deberse a ésta o bien existir incontinencia por rebosamiento. Por otra parte, la radioterapia, las infecciones crónicas y la cistitis intersticial alteran la compliance vesical y pueden originar incontinencia.
- Inestabilidad idiopática. Aparece aproximadamente en un 10% de la población y no es posible determinar la causa de la misma. Pese a su elevada incidencia en estudios urodinámicos, tiene poca relevancia clínica, ya que son muy pocos los pacientes que se ven afectados de forma importante¹².

ETIOLOGÍA EN EL ANCIANO

La incontinencia urinaria es el síntoma del tracto urinario más frecuente en la población geriátrica.

Al igual que en otros grupos etarios, es difícil conocer la prevalencia de la incontinencia en la población anciana, ya que los estudios epidemiológicos disponibles poseen una serie de limitaciones, que explican que los resultados sean tan dispares entre las distintas series. Se considera que entre un 10 y un 15% de los sujetos mayores de 65 años que viven en la comunidad presentan incontinencia, frente al 30-40% de los ingresados por un proceso agudo, alcanzando el 50-60% de los pacientes institucionalizados.

Actualmente, se considera que la continencia urinaria es una función que se debe mantener independientemente de la edad. Por tanto, la pérdida de la continencia debe ser interpretada como un síntoma de una disfunción, y no como un fenómeno normal del envejecimiento. Aunque, es cierto, que hay cambios que se producen con la edad que predisponen al desarrollo de la misma. Entre los cambios ligados al envejecimiento fisiológico que pueden influir sobre la continencia urinaria tenemos:

- A nivel del sistema nervioso central y autonómico presenta una disminución tanto del número de neuronas como de nervios autonómicos.
- En la vejiga encontramos aumento de la trabeculación y una mayor tendencia a desarrollar divertículos. Funcionalmente, con frecuencia, su capacidad es menor, disminuye su compliance, la dificultad creciente para postergar la micción es la norma, aumenta el número de contracciones involuntarias y aparece el volumen residual postmiccional, infrecuente en otras etapas de la vida.

- La uretra presenta un número de células menor y en parte es sustituida por tejido fibroso. También disminuye su acomodación y su presión de cierre, condicionando todo ello una menor velocidad del flujo urinario. En los varones es añade la alta prevalencia de la hiperplasia prostática.

La alta prevalencia de la incontinencia en los mayores, está más relacionada, con la pluripatología y con el alto número de fármacos que suelen consumir, que con los cambios mencionados. Entre las patologías extraurológicas cuya prevalencia aumenta con la edad y que van a producir directa o indirectamente disfunciones del tracto urinario destacan, sobre todo, las de origen neurológico como: la demencia, las enfermedades cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, hidrocefalia, diversos tumores, y la neuropatía autonómica. También son importantes las que limitan la movilidad como por ejemplo las fracturas de cadera, la patología osteoarticular, secuela de un ictus, etc. Entre los fármacos que pueden favorecer el desarrollo de la incontinencia tenemos: los diuréticos que predisponen a la poliuria, polaquiuria y a la urgencia miccional; los hipnóticos y antipsicóticos por la inmovilidad, sedación y delirio; y los calcio antagonistas, los anticolinérgicos y los analgésicos narcóticos, porque todos ellos favorecen la retención urinaria¹⁴.

PATOGENIA

De forma muy simplificada se puede considerar que cualquier factor que actúe sobre el detrusor o el mecanismo esfinteriano, por exceso o por defecto, puede ser causa de incontinencia urinaria. Hay que tener en cuenta, que en el hombre, ambos sistemas son capaces de conseguir la continencia, de forma que la lesión de uno de ellos con indemnidad del otro, puede no ser causa suficiente para provocar incontinencia.

Atendiendo a su etiopatogenia podemos clasificar la incontinencia urinaria en establecida o transitoria.

A. Incontinencia transitoria o aguda

Se definen así los casos de incontinencia cuya evolución es menor de cuatro semanas, así como aquellas situaciones en las que la pérdida de la continencia se considera funcional, sin que tenga que existir necesariamente una alteración estructural como responsable de la misma. En estos casos, mediante la historia clínica, la exploración física y una analítica se

podrá descubrir un porcentaje considerable de los procesos responsables de la incontinencia. El tratamiento irá encaminado a la corrección de dichos factores.

Entre las causas más frecuentes de este tipo de incontinencia encontramos: los cuadros confusionales agudos (delirium), infecciones urinarias, determinados fármacos, impactación fecal, vaginitis atrófica, la inmovilización, las alteraciones psicológicas y metabólicas como la hiperglucemia, la hipercalcemia y la hipopotasemia. Todas ellas son particularmente frecuentes en la población anciana¹⁴.

B. Incontinencia establecida o crónica

La incontinencia urinaria establecida, puede aparecer básicamente en 4 situaciones:

a) *Hiperactividad del detrusor*. Es la principal causa en pacientes de edad avanzada y la segunda causa de incontinencia en la edad media de la vida. Se caracteriza por presentar contracciones involuntarias del detrusor de causa no aclarada. Estas contracciones pueden observarse en pacientes con trastornos neurológicos por ACV, esclerosis múltiple, radiculopatías o neuropatías periféricas, denominándose en estos casos *hiperreflexia del detrusor*. Sin embargo, si la neurona motora superior no se encuentra lesionada, se denomina *inestabilidad vesical*, que puede ser a su vez, obstructiva o idiopática.

Clinicamente se caracteriza por urgencia miccional y polaquiuria, produciéndose escapes de orina moderados o grandes.

b) *Hipoactividad del detrusor*. Ocasiona incontinencia en menos de un 5% de los casos. Se puede deber a lesiones mecánicas, neurológicas o a neuropatías autonómicas (diabetes, anemia perniciosa, Enfermedad de Parkinson, alcoholismo, tabes dorsal). Otra causa es la sustitución de tejido muscular detrusoriano por tejido fibroso y conectivo, como sucede en la obstrucción crónica del tracto urinario inferior o en portadores de sonda vesical permanente.

c) *Incompetencia del tracto vesical de salida*. Es la principal causa de incontinencia en mujeres de edad media, y la segunda causa en mujeres de mayor edad. En los varones es infrecuente excepto cuando el esfínter uretral externo ha sido dañado durante la resección prostática.

En las mujeres se suele deber a una hipermovilidad uretral, por la laxitud de las estructuras implicadas en la suspensión uretral que la mantienen en posición retropúbica. El fallo en estas estructuras provoca en la uretra una rotación postero-caudal al inicio de la micción, lo que conlleva una transmisión desigual de la presión abdominal a la vejiga y a la uretra, de tal modo, que la presión intravesical supera la presión intrauretral, apareciendo la incontinencia. Otros aspectos que también contribuyen a la incontinencia femenina son:

- Una uretra infundibuliforme, vesicalizada por traumatismos obstétricos previos.
- La longitud de la uretra: una uretra corta, en principio no influye en la continencia, excepto cuando entran en juego otros factores como el antecedente de una vulvectomía.
- Atenuación o desaparición del ángulo uretrovesical posterior. En una radiografía lateral, normalmente, oscila entre los 90 y 110 grados.

Puede existir una lesión esfinteriana intrínseca, como en la incontinencia de esfuerzo tipo III de Blaivas, en la diabetes o bien como secuela de un acto quirúrgico o diversas manipulaciones (la deficiencia uretral aparece al tener una uretra rígida y fibrótica). En las mujeres de edad avanzada puede no existir ningún factor desencadenante excepto las lesiones atróficas propias de su edad. En este caso la uretra proximal y el cuello vesical presentan una situación normal dentro de la pelvis, pero la disfunción del esfínter es lo que permite que al aumentar la presión intra-abdominal, se supere la presión intrauretral con la consiguiente incontinencia.

Suele caracterizarse por escapes de orina de pequeño volumen.

d) Obstrucción del tracto vesical de salida. Por lo general, se manifiesta como una dificultad para iniciar la micción, sensación de micción incompleta, goteo postmiccional, y en ocasiones, ausencia de deseo miccional. Puede asociarse a una incontinencia por hiperactividad del detrusor. Si sobreviene una descompensación del detrusor, puede aparecer una incontinencia por rebosamiento, ya que se produce una distensión crónica de la vejiga, que hace elevar la presión intravesical hasta niveles que vencen el mecanismo esfinteriano, produciéndose pérdidas permanentes por presencia de orina residual².

TIPOS DE INCONTINENCIA

Atendiendo a su forma de presentación clínica, encontramos diferentes tipos de incontinencia:

1. INCONTINENCIA CONTINUA O TOTAL

El paciente refiere una pérdida de orina constante, con independencia de la postura. Puede tener conciencia o no de la pérdida urinaria. Su causa suele ser una lesión del esfínter urinario, ya sea como secuela de un acto quirúrgico o en la fase final de un proceso obstructivo prolongado; también aparece en los casos en los que existe un by-pass de esfínteres (como sucede en las fistulas vesicovaginales o ureterovaginales, o en los uréteres ectópicos).

Entre las cirugías que pueden lesionar el esfínter, podemos destacar la prostatectomía radical y la adenomectomía suprapúbica. Tras la prostatectomía, la incidencia de incontinencia varía del 4 al 37% dependiendo de las series. Se debe a la lesión del esfínter distal, por una retracción del mismo por fibrosis. Durante el primer mes tras la cirugía, hasta un 50% de los pacientes presentan algún tipo de incontinencia, descendiendo hasta un 10% a los 2 años. La incontinencia postadenomectomía presenta una incidencia menor, siendo del 0,2-1% a los 6 meses de la cirugía. En este tipo de cirugía, la yatrogenia se produce sobre el esfínter proximal y el estriado distal. Por otra parte, puede existir una afectación previa del esfínter estriado distal por uretroplastia, traumatismo, resección abdominoperineal, neuropatía o radioterapia.

2. INCONTINENCIA DE ESFUERZO

Esta incontinencia se define por la pérdida involuntaria de orina ocasionada por un aumento de la presión intravesical sobre la presión uretral máxima, en ausencia de contracción del detrusor.

En este tipo de incontinencia urinaria predomina la sintomatología de esfuerzos con escapes urinarios.

La mujer que presenta incontinencia de esfuerzo suele tener antecedentes de cirugía sobre la región genitourinaria, por vía abdominal o vaginal (uretropexia, histerectomía, reducción de cistocele), o bien, un número elevado de partos, o partos distócicos.

3. INCONTINENCIA CON URGENCIA MICCIONAL

Se caracteriza por presentar de forma brusca una emisión involuntaria de orina acompañado de un intenso deseo miccional (ausente en un 20%). Habitualmente se acompaña de contracciones no inhibidas del músculo detrusor (incontinencia de urgencia motora), aunque no siempre (siendo entonces, incontinencia de urgencia sensorial).

Cuando a las contracciones involuntarias del detrusor se asocia una patología neurológica clínicamente demostrable, estamos ante una hiperreflexia vesical. Sin embargo, en ausencia de este tipo de patología, si demostramos objetivamente la contracción del músculo detrusor, espontánea o provocada durante la fase de llenado (cistomanometría), mientras el paciente trata de inhibir la micción, hablamos de vejiga inestable. Estas contracciones pueden ser provocadas por alteraciones primarias del detrusor o estar originado por otro tipo de patología. Por tanto, la vejiga inestable puede dividirse en inestabilidad vesical primaria (idiopática o pura) y secundaria. Entre las principales causas de inestabilidad secundaria tenemos:

a) Inestabilidad vesical de origen urológico

- Enfermedades irritativas o infecciosas, como: trigonitis, Ca in situ, infección urinaria, cistitis intersticial, tuberculosis genitourinaria, presencia de un material de sutura.
- Obstrucción al flujo urinario. En varones, esta obstrucción, en un gran número de casos, se debe a patología prostática: prostatitis, adenocarcinoma de próstata e hiperplasia prostática benigna (encontramos contracciones involuntarias en el 50%, desapareciendo éstas en el 50-75% tras la RTU).

También puede deberse a patología uretral y periuretral: tumores, quistes, hematocolpos, fibrosis secundaria a traumatismos pelvianos y a los ocasionados durante el parto.

En la uretra cabe resaltar, la estenosis de la misma (fundamentalmente yatrogénica: por sondajes, dilataciones o postcirugía), uretritis (gonocócica, por Chlamydias o por hongos), estenosis de meato secundaria a vaginitis atrófica senil por hipoestrogenismo, divertículos, tumores, carúnculas, valvas uretrales, persistencia de adenoma postadenomectomía, estenosis de la unión uretrovesical tras prostatectomía radical, litiasis uretral o ureteroceles obstructivos.

Dentro de la patología cervical, la esclerosis, los estados hiperandrogénicos y la disectasia cervical, son procesos que puede obstruir la salida. En todos los casos en los que existe obstrucción, a la incontinencia puede añadirse un residuo postmiccional.

b) Inestabilidad vesical por patología de vecindad

- En la mujer puede suceder en presencia de una enfermedad inflamatoria pélvica o con la endometriosis.
- En ambos sexos, ante una patología intestinal, como una diverticulitis o un adenocarcinoma de recto.

c) Inestabilidad vesical por patología lejana

- Patología neurológica, denominándolo entonces, como antes hemos referido, vejiga neurógena hiperrefléxica. Entre sus causas: traumatismo medular, esclerosis múltiple, mielitis transversa, siringomielia, ataxia hereditaria, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, neuropatía por VIH, tumores y aneurismas medulares.
- Patología vascular, como la arteriosclerosis.
- Patología psicosomática.

d) Inestabilidad vesical farmacológica

Por parasimpaticomiméticos u otros.

La inestabilidad vesical es importante, ya que es la segunda causa en frecuencia de la incontinencia femenina. Su prevalencia aumenta con la edad, alcanzando un 30% en las mujeres mayores de 70 años¹⁵.

4. INCONTINENCIA MIXTA

Este tipo de incontinencia se caracteriza por presentar sintomatología de urgencia y esfuerzo asociada a escapes. En este tipo, junto a la incontinencia durante el esfuerzo coexiste una incontinencia por detrusor hiperactivo (presenta contracciones no inhibidas).

Suele ser la forma de presentación más prevalente en la población femenina con un 33-55%, frente a un 9-20% de la incontinencia de urgencia y un 25-27% de la de esfuerzo. Estos porcentajes son los obtenidos

mediante cuestionarios, sin embargo, la distribución varía cuando el diagnóstico se establece mediante pruebas urodinámicas, demostrándose incontinencia urinaria de esfuerzo en un 49%, incontinencia mixta en un 29% e incontinencia de urgencia en el 22%¹⁶.

5. INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO

Puede darse de forma secundaria a una retención prolongada, cuando se asocia a presiones intravesicales superiores a las resistencias uretrales. También se observa cuando el detrusor presenta una insuficiencia contráctil. Esto puede aparecer de forma idiopática; por obstrucción del tracto urinario inferior o por inhibición del reflejo de la micción, como sucede en inflamaciones uretrales por el dolor que produce la orina al pasar por la uretra inflamada. Así mismo, el detrusor puede presentar una alteración neurológica o arreflexia, como sucede en las neuropatías periféricas (diabetes, alcoholismo); cuando se interrumpe la inervación motora, como en la tumoración medular, cerebral o de la cola de caballo, en las lesiones degenerativas (hernia de disco), en traumatismos (cerebrales, medulares, o de los nervios periféricos tras histerectomía o amputaciones abdominoperineales), tras procesos hemorrágicos, isquémicos o infecciosos (herpes zoster).

Aparece la incontinencia por rebosamiento cuando el detrusor es contráctil. Esta circunstancia aparece en:

- El envejecimiento. Se ha demostrado una pérdida de terminaciones nerviosas colinérgicas y una tendencia a la pérdida del control supramedular del reflejo de la micción.
- Cambios de la vascularización, como en la HTA, diabetes, arteriosclerosis.
- Disminución de la contractilidad por desuso, como en cistoceles importantes de larga evolución.
- Lesiones por sobredistensión vesical (postoperatoria o postparto), o por alteraciones del comportamiento miccional, como en el Síndrome del vaciamiento vesical infrecuente.
- Puede ser secundaria a fármacos: anticolinérgicos, tranquilizantes, analgésicos narcóticos, etc.

6. INCONTINENCIA URINARIA POSTMICCIONAL EN EL VARÓN

Aparece cuando existe un defecto de la contracción de la musculatura de la uretra posterior y de la musculatura bulboesponjosa; aunque per-

siste cierto grado de contracción de la musculatura periuretral dirigida a la terminación de la micción, esta no se produce persistiendo la contracción del detrusor. Se da con frecuencia cuando el detrusor presenta una insuficiencia contráctil, y es más frecuente a partir de la cuarta-quinta década de la vida. Puede verse favorecido tras la RTU de próstata o adenomectomía, al persistir orina residual en la celda prostática.

También aparece cuando se afecta el mecanismo de eliminación de la orina de la uretra anterior con conservación del funcionalismo de la uretra posterior. Puede observarse en pacientes con antecedentes de trastornos uretrales adquiridos (divertículos), o yatrogénicos tras manipulación quirúrgica (corrección de hipospadias, plastias de uretra anterior, etc.), en los que la musculatura bulboesponjosa y/o la uretra se encuentran afectados. La uretra puede presentar una configuración sacular o cambios de calibre no anatómicos capaces de acumular orina².

7. ENURESIS

Es la pérdida de orina inconsciente e involuntaria por fallo en el control voluntario y consciente de la micción. Puede ser diurna o nocturna, aunque con frecuencia, el término de enuresis se utiliza para describir la incontinencia nocturna.

CLASIFICACIONES

Encontramos en la literatura diferentes clasificaciones basándose en criterios diversos.

CLASIFICACIÓN GENERAL DE LA INCONTINENCIA

A. *Clasificación según la severidad de la incontinencia*

- Grado I: La incontinencia aparece en bipedestación al realizar grandes esfuerzos (por ejemplo, con la tos y los estornudos).
- Grado II: Con esfuerzos menores, como la deambulación o cambios posturales bruscos.
- Grado III: El control urinario es ineficaz, la pérdida de orina no se relaciona con los esfuerzos, implicando una incontinencia prácticamente total en bipedestación¹⁷.

B. Clasificación urodinámica

- Incontinencia del detrusor o incontinencia por hiperactividad vesical: Definida por la demostración durante la cistomanometría de contracciones involuntarias del detrusor.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo o de estrés o incontinencia esfinteriana: Se diagnostica por la presencia durante la cistomanometría de pérdida de orina coincidiendo con un aumento de la presión intraabdominal.
- Incontinencia mixta: cuando coexisten componentes de los dos tipos de incontinencia descritos.

CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA FEMENINA DE ESFUERZO

Existen dos formas de clasificar la incontinencia urinaria femenina: cualitativa y cuantitativamente.

En la valoración cualitativa destacan dos clasificaciones:

A. Clasificación de Mouristein

Determina las pérdidas de orina en 24 horas según el peso de las compresas. Establece 4 grupos:

- Continentes hasta 5 gramos.
- Hasta 40 gramos: incontinencia leve.
- Hasta 80 gramos: incontinencia moderada.
- Hasta 200 gramos: incontinencia severa.

B. Clasificación de Obrink (1978)

Distingue 3 grados:

- I: Incontinencia con esfuerzos severos como la tos.
- II: Incontinencia con esfuerzos moderados.
- III: Incontinencia con esfuerzos mínimos, como la deambulación.

La valoración cuantitativa se basa en criterios radiológicos y urodinámicos. Las clasificaciones más utilizadas son:

A. Clasificación de Green (1968)

Diferenció dos tipos de incontinencia para una adecuada selección quirúrgica. Se basó fundamentalmente en la valoración radiológica del ángulo vesicouretral posterior y el descenso rotacional de la base vesical y de la uretra.

- Tipo I: Alteración del ángulo uretrovesical posterior.
- Tipo II: Se añade la alteración del eje uretral.

B. Clasificación de McGuir (1980)

Modificó la clasificación de Green incluyendo un tercer tipo que se caracteriza por una uretra proximal que no tiene la función de esfínter.

- Tipo 0: No se demuestra la incontinencia.
- Tipo 1: Incontinencia observada por fluoroscopia con una presión de cierre uretral (PCU) mayor de 20 cm de agua en posición supina en reposo e hipermovilidad uretral mínima con o sin cistocele.
- Tipo 2: Similar al tipo 1 pero la hipermovilidad es pronunciada con un descenso rotatorio y una uretra horizontalizada ante una presión abdominal máxima.
- Tipo 3: Incontinencia con PCU menor de 20 cm de agua o fracaso de una suspensión previa del cuello.

C. Clasificación de Blaivas (1988)

- Tipo 0: Aunque la paciente refiere antecedentes de IUE la incontinencia no es objetivable. El cuello vesical y la uretra se abren con los esfuerzos.
- Tipo I: El cuello y la uretra están abiertos y descendidos menos de 2 cms cuando realiza un esfuerzo, sin cistocele o con un cistocele mínimo.
- Tipo IIA: El cuello y la uretra están abiertos y descendidos más de 2 cms durante el esfuerzo, además presenta cistocele.
- Tipo IIB: El cuello y la uretra están por debajo de la sínfisis del pubis en reposo, con el esfuerzo pueden descender aún más o no estas estructuras.

- Tipo III: El cuello vesical y la uretra están permanentemente abiertos en reposo, en ausencia de contracción del detrusor. Este tipo de incontinencia corresponde a un déficit esfinteriano intrínseco. Existe un defecto de coaptación uretral orgánico o funcional, independientemente de la malposición.

Hay que tener en cuenta que el hecho de observar un cuello vesical abierto en el estudio cistográfico realizado con vejiga llena y con la paciente en bipedestación, no es indicador fiable de la competencia esfinteriana; ya que hasta el 30-50% de las mujeres postmenopáusicas que refieren ser continentes presentan un cuello abierto en estos estudios. Este hecho resta validez a la clasificación de Blaivas y Olsson¹⁸.

D. Clasificación de Raz (1989)

- Tipo I o anatómica: Existe una malposición del sistema esfinteriano, aunque está intacto.
- Tipo II o disfunción intrínseca del sistema esfinteriano con o sin hipermovilidad asociada².

E. Clasificación de la incontinencia urinaria femenina basado en hallazgos ecográficos

Está basada en el estudio con endoecografía del cuello vesical, uretra y tejido periuretral. Permite distinguir la IUE que es debida a la incompetencia intrínseca esfinteriana de aquella que se asocia a un descenso del cuello vesical y la uretra proximal. Pone de manifiesto los defectos anatómicos presentando una buena correlación con la alteración funcional, aportando la base para una adecuada elección del tipo de cirugía.

Utilizando la ecografía transrectal varios autores han establecido distintas clasificaciones:

- a) Richmond divide a las pacientes en dos grupos: (19).
 - Tipo I: Cuando existe un descenso del cuello vesical mayor de 1,5 cms.
 - Tipo II: Cuando al descenso se añade un movimiento dorsal.
- b) Kuo distingue 5 tipos:
 - Tipo 1: Hipermovilidad de la base vesical sin incompetencia del cuello vesical y del esfínter.

- Tipo 2: Incompetencia del cuello vesical asociado a la hiper-movilidad de la base vesical.
- Tipo 3: Incompetencia del esfínter uretral y del cuello vesical con hipermovilidad de la base vesical.
- Tipo 4: Al tipo 3 se añade la presencia de un cistocele durante el esfuerzo.
- Tipo 5: Incompetencia uretral y del cuello vesical durante el esfuerzo sin hipermovilidad de la base vesical²⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. SALMAN S. La estimulación eléctrica como alternativa terapéutica de la incontinencia urinaria. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid; 1994.
2. MORENO J. y col. Concepto de incontinencia urinaria, en RESEL, L. y MORENO, J. Atlas de incontinencia urinaria 2000; 5: 49-56.
3. ABRAMS PH, et al. Sixth report on the standardization of terminology of the lower urinary tract function. Procedures related to neurophysiological investigations: electromyography, nerve conduction studies, reflex latencies, evoked potentials and sensory testing. Scand J Urol Nephrol 20 1986; 161-4.
4. ABRAMS PH et al. Standardization of terminology of lower tract function. Neurourol Urodinam 1988; 7: 403-28.
5. MORENO J., y col. Concepto de incontinencia urinaria, en RESEL, L. y MORENO J. Atlas de incontinencia urinaria 2000; 4: 47-8.
6. THOMAS TM et al. Prevalence of urinary incontinence. BJM 1980; 281: 1243-5.
7. DIOKNO AC et al. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the non-institutionalized elderly. J Urol 1986; 136: 1022-5.
8. HELSTRÖM AL et al. Nicturion habits and incontinence in 7-years-old Swedish school entrants. Eur J Pediatr 1990; 149 (6): 434-7.
9. MINAIRE P, BUZELIN JM. Epidemiology of urinary incontinence. In: Urinary incontinence chap 1. Churchill Livingstone; 1992.
10. RAZ S et al. Urología femenina. En: Walsh. Campbell Urología. Philadelphia. 1992; 75: 2736-83.
11. WILLINGTON FL. Management of urinary incontinence. En: CALDWELL KPS (ed). Urinary incontinence. Londres: SPL; 1975, p. 129.
12. SILMI A y col. Aspectos generales de la incontinencia urinaria masculina en RESEL, L. y MORENO, J. Atlas de incontinencia urinaria 2000; 17: 167-173.
13. ROMERO MAROTO J. Incontinencia urinaria masculina. JIMÉNEZ CRUZ JF y RIOJA SANZ. Tratado de Urología (tomo II). 1993; 1691-701.
14. CRUZ AJ. Incontinencia urinaria en el paciente geriátrico. Atlas de incontinencia urinaria 2000; 18: 175-183.

15. CHICHARRO J y col. Inestabilidad vesical. Atlas de incontinencia urinaria 2000; 12: 123-33.
16. HAMPPEL C et al. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology* 1997; 50 (Suppl, 6 A): 4-14.
17. MARTÍNEZ PIÑEIRO JA. Incontinencia de esfuerzo en la mujer. *Arch Esp Urol*. Tomo XXVII. N.º 5 Sep-Oct., p. 533.
18. STOTHERS L et al. Vaginal reconstructive surgery for female incontinence and anterior vaginal wall prolapse. *Urol Clin North Am* 22: 641-655, 1995.
19. RICHMOND DH, SUTHERST J. Clinical application of transrectal ultrasound for the investigation of the patient. *Br J Urol* 1989; 63: 605.
20. KUO HC. Transrectal sonography of the female urethra in incontinence and frequency-urgency syndrome. *J Ultrasound Med* 1996; 15: 363.