

¿Es necesario realizar estudio urodinámico en el diagnóstico de la incontinencia urinaria?

M. Juarranz Sanz^a, M. Campos López-Carrión^b, C. Fernández-Micheltorena^b y D. Sánchez Sánchez^c

Centros de Salud ^aCanal de Panamá, ^bMar Báltico y ^cEstrecho de Corea. Área Sanitaria 4. Madrid.

La incontinencia urinaria es una disfunción que afecta en España al 20%-50% de las mujeres dependiendo de la edad, y a pesar de que no implica un pronóstico de gravedad, reduce la autoestima, limita la autonomía y deteriora sensiblemente la calidad de vida. El diagnóstico se realiza generalmente siguiendo los criterios internacionales recogidos en las guías de práctica clínica, y si bien es verdad que la clínica permite sospechar la naturaleza del desorden funcional, ésta no siempre es suficiente ni concluyente e incluso en los casos más claros puede haber errores. Aun así, la necesidad de realizar estudio urodinámico en la valoración de las mujeres con incontinencia urinaria diagnosticada según la sintomatología referida sigue siendo controvertido y no existe en nuestro medio criterios unificados y definidos en cuanto a cuándo es preciso solicitar pruebas de urodinamia.

Juarranz Sanz M, Campos López-Carrión M, Fernández-Micheltorena C, Sánchez Sánchez D. ¿Es necesario realizar estudio urodinámico en el diagnóstico de la incontinencia urinaria. *Rev Clin Esp.* 2006;206(3):147-9.

Is it necessary to conduct a urodynamic study in the diagnosis of urinary incontinence?

Urinary incontinence is a dysfunction that affects 20%-50% of the women in Spain, depending on age. Even though it does not involve a prognosis of severity, it reduces self-esteem, limits independence and clearly deteriorates quality of life¹. The diagnosis is generally made following the international criteria collected in the clinical practice guidelines. Even if it is true that the symptoms make it possible to suspect the nature of the functional disorder, this is not always sufficient or conclusive and there may be errors even in the clearest cases. Even so, the need to conduct a urodynamic study in the assessment of women with urinary incontinence diagnosed according to the symptoms mentioned continues to be debatable and there are no unified and defined criteria in our setting in regards to when it is necessary to request urodynamic tests.

La *International Continence Society* (ICS), que es el órgano internacionalmente aceptado para reglamentar el estudio y establecer la terminología de las diversas entidades patológicas del aparato urinario inferior femenino, incluye en las definiciones de casi todas las variedades de incontinencia urinaria términos o características que sólo pueden obtenerse a través de estudios urodinámicos¹.

Las pruebas de urodinamia no están al alcance de la Atención Primaria, precisándose remitir al paciente al hospital, lo que retrasa en muchos casos el diagnóstico y tratamiento precoz. Por otro lado, diversos estudios que han cuantificado el valor de los síntomas para el diagnóstico de los distintos tipos de incontinencia, en relación con el estudio urodinámico, evidencian que la concordancia es pobre o moderada, ya se estudien síntomas aislados o combinando síntomas con exploración física. En la *incontinencia urinaria de esfuerzo* datos de un metaanálisis realizado en 3.092 pacientes con historia clínica indicativa de incontinencia de esfuerzo ci-

fran la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico respecto al urodinámico en el 0,9 y el 0,51, respectivamente, con valor predictivo positivo de 0,75 y valor predictivo negativo de 0,77. Lo que más llama la atención es la baja especificidad (0,51), que conlleva un aumento de la tasa de falsos positivos; es decir, muchos pacientes diagnosticados clínicamente de incontinencia urinaria de esfuerzo no lo son en el estudio urodinámico². Los autores admiten que el valor del diagnóstico clínico basado en los síntomas no es un buen predictor de los hallazgos urodinámicos. Otro estudio intenta establecer si la combinación de síntomas clínicos y un diario miccional con criterios de selección muy estrictos permiten descartar, antes de la cirugía, el componente de incontinencia de urgencia y diagnosticar incontinencia de esfuerzo sin necesidad de realizar estudio urodinámico. El estudio urodinámico confirmó la incontinencia en el 81% de las pacientes (en el 65% existía incontinencia urinaria de esfuerzo, en el 5% incontinencia urinaria de urgencia y en el 11% había incontinencia urinaria mixta) y en el 19% restante no se halló ninguna anomalía en el estudio urodinámico a pesar de tener diagnóstico clínico compatible. Los autores concluyen que si bien el diagnóstico clínico puede ser suficiente para realizar un tratamiento conservador en las mujeres diagnosticadas de

Correspondencia: M. Juarranz Sanz.
C./Corumba, 2, chalet.
28027 Madrid.
Correo electrónico: margaritajuarranz@hotmail.com

Aceptado para su publicación el 7 de octubre de 2005.

incontinencia de esfuerzo, no se considera suficiente, y recomiendan la valoración con estudio urodinámico para descartar la hiperactividad del detrusor antes de la intervención quirúrgica de la incontinencia de esfuerzo³. Por otro lado, los resultados de un artículo de revisión, realizado con la finalidad de demostrar si la exploración física (para confirmar o descartar la pérdida involuntaria de orina en mujeres con incontinencia de esfuerzo) añade valor al diagnóstico basado en los síntomas, indicaron que la presencia de éstos tiene un valor predictivo positivo del 77% y que la exploración física (prueba de la tos) lo tiene del 55% para el diagnóstico urodinámico de incontinencia urinaria de esfuerzo. La combinación de los síntomas y la exploración física mejoran y aumentan el valor predictivo positivo al 97%⁴.

En la incontinencia urinaria de urgencia los resultados de un estudio en el que participaron 4.500 mujeres con síntomas del tracto urinario inferior indicaron que en el 45,8% de las mujeres con síntomas de vejiga hiperactiva no se evidenció hiperactividad del detrusor como causa fundamental en el estudio urodinámico. Por otra parte, sólo un 27,5% de las mujeres con hiperactividad del detrusor presentaban síntomas de vejiga hiperactiva. Así pues, el diagnóstico sintomático del síndrome de vejiga hiperactiva puede conducir a un infradiagnóstico de la hiperactividad del detrusor, con un valor predictivo positivo del 54%⁵. Con objeto de determinar el lugar de la urodinamia en la evaluación de los pacientes con síntomas de vejiga hiperactiva, en un estudio prospectivo observacional se compararon las diferencias en la respuesta al tratamiento con agentes antimuscarínicos entre las pacientes en que se verificaron los síntomas urodinámicamente y en las que no, que mostró que no había diferencias significativas en el resultado al tratamiento entre ambos grupos, concluyendo que la verificación urodinámica de vejiga hiperactiva no es un requisito para comenzar el tratamiento con anticolinérgicos⁶. La exploración urodinámica ambulatoria proporciona una valoración más objetiva de la función del detrusor y una mayor correlación con la sintomatología; sin embargo, aún no ha sido estandarizada⁷.

En la incontinencia urinaria mixta la presencia de detrusor hiperactivo se asocia a peores resultados con cirugía, y aunque en algunos casos parece dependiente de la incontinencia de esfuerzo, los estudios urodinámicos previos no pueden prever este suceso, ya que urodinámicamente no se puede diferenciar el detrusor hiperactivo idiopático del detrusor hiperactivo condicionado por la incontinencia urinaria de esfuerzo⁸.

Por último, las escalas o cuestionarios de síntomas autoadministrados proporcionan una ayuda inestimable para definir el tipo, las características y la gravedad de la incontinencia urinaria, así como para comparar la eficacia de los distintos tratamientos y evaluar los parámetros clínicos de la calidad de vida que recomienda la ICS, pero tampoco son buenas predictoras de los hallazgos urodinámicos y no se pueden utilizar como sustitutos del estudio urodinámico. Todas ellas han demostrado tener una elevada consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach de aproximada-

mente 0,9 en los distintos cuestionarios)⁹⁻¹², pero el grado de correlación de la clínica expresada por las pacientes con los resultados de la prueba de urodinamia es bajo (por ejemplo, coeficiente de correlación de Pearson entre 0,1 y 0,4 para el *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* [ICIQ-SF] recientemente validado en España), lo que evidencia las grandes diferencias entre lo que percibe la paciente y lo que ocurre realmente¹².

A título de ejemplo, en la tabla 1 se presentan los resultados de un estudio realizado para validar si la escala de síntomas de incontinencia urinaria, *The Urogenital Distress Inventory* (UDI6) predice el diagnóstico urodinámico final. Los resultados muestran que todavía las escalas de síntomas no se pueden utilizar como sustitutos del estudio urodinámico¹³.

Para concluir, y aunque no existe consenso, de acuerdo con la literatura se podría resumir que las indicaciones generales del estudio urodinámico en pacientes con incontinencia urinaria son:

- 1) Incontinencia urinaria con indicación de tratamiento quirúrgico.
- 2) Incontinencia urinaria mixta para valorar el componente de incontinencia de esfuerzo y de detrusor hiperactivo, así como alteraciones funcionales que puedan estar enmascaradas.
- 3) Incontinencia urinaria de posible causa neurológica.
- 4) Bacteriurias crónicas recurrentes sin evidencia de causa orgánica responsable.
- 5) Pacientes sometidos a intervenciones abdominopélvicas que puedan haber comprometido la inervación vesicouretral.
- 6) Existencia de otra enfermedad asociada que pueda afectar la continencia.
- 7) Incontinencia urinaria de difícil filiación por los métodos convencionales.
- 8) Casos que no responden al tratamiento empírico basado en los síntomas.

TABLA 1
Síntomas clínicos en 293 mujeres y hallazgos urodinámicos posteriores

Síntomas de IU de estrés (n = 38)	
IU de estrés	25 (66%)
Detrusor hiperactivo	2 (5%)
IU mixta	3 (8%)
No IU demostrada	8 (21%)
Síntomas de IU de urgencia (n = 31)	
IU de estrés	5 (16%)
Detrusor hiperactivo	10 (32%)
IU mixta	5 (16%)
No IU demostrada	11 (35%)
Síntomas de IU mixta (n = 200)	
IU de estrés	107 (53%)
Detrusor hiperactivo	25 (12%)
IU mixta	52 (26%)
No IU demostrada	16 (8%)
No síntomas de IU (n = 24)	
IU de estrés	11 (46%)
Detrusor hiperactivo	—
IU mixta	1 (4%)
No IU demostrada	12 (50%)

IU: incontinencia urinaria. Tomada de Fitz Gerald MP, et al¹⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-Committee or the International Continence Society. *Urology*. 2003;61: 37-49.
2. Jensen JK, Nielsen F, Ostegar D. The rol of patient history in the diagnosis of urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1994;83:904-10.
3. James M, Jackson S, Shepherd A, Abrams P. Pure stress leakage symptomatology: is it safe to discount detrusor instability? *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106:1255-8.
4. Harvey MA, Versi E. Predictive value of clinical evaluation of stress urinary incontinence a summary of the published literature. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001;12:31-7.
5. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Salvatore S. Overactivebladder symptoms: do we need urodynamics? *Neurourol Urodyn*. 2003;22:105-8.
6. Malone-Lee J, Henshaw DJ, Cummings K. Urodynamic verification of an overactive bladder is not a prerequisite for antimuscarinic treatment response. *BJU Int*. 2003;92:415-7.
7. Radley SC, Rosario DJ, Chapple CR, Farkas AG. Conventional and ambulatory urodynamic findings in women with symptoms sugestive of bladder overactivity. *J Urol*. 2001;166:2253-8.
8. Rezapour M, Ulmsten U. Tension-Free vaginal tape (TVT) in women with mixed urinary incontinence a long-term follow-up. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Disfunct*. 2001;12:S15-8.
9. Jackson S, Donovan J, Brookes S, Swithnband L, Abrams P. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol*. 1996;77:805-12.
10. Harvey MA, Kristjansson B, Griffith D, Versi E. The incontinence impact questionnaire and the Urogenital Distress Inventory: a revisit of their validity in women without a urodynamic diagnosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185:25-31.
11. Homma Y, Uemura S. Use of the short form of King's Health Questionnaire to measure quality of life in patients with an overactive bladder. *BJU Int*. 2004;93:1009-13.
12. Espuña Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia. *Med Clin*. 2004; 122:288-92.
13. FitzGerald MP, Brubaker L. Urinary incontinence symptom scores and urodynamic diagnoses. *Neurourol Urodynam*. 2002;35:21-30.