

330/18 - INCONTINENCIA URINARIA POST-PROSTATECTOMÍA

G. Córdoba Quishpe¹; M. Campos López-Carrión²; L. Martín Fuertes²; M. Ricote Belinchón²; G. Viera Herrera¹; V. Medina Pedraza¹.

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 68 años con antecedentes de prostatectomía radical hace cuatro meses por adenocarcinoma de próstata localizado (pT2N0M0). Acude a consulta de Primaria por pérdidas involuntarias de orina desde la intervención, desencadenadas fundamentalmente al incorporarse, toser o reír, que le obligan a utilizar absorbentes. Niega urgencia miccional, aumento de la frecuencia, nicturia, disminución del flujo u otra sintomatología acompañante. Realizó ejercicios de suelo pélvico (ESP) tras la cirugía, sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física anodina. Tacto rectal: esfínter normotenso, sensibilidad perineal conservada. Analítica sanguínea y urinaria sin alteraciones, urocultivo negativo, ecografía abdominal sin alteraciones ni residuo post-miccional. Ante la sospecha de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) post-prostatectomía, indicamos nuevamente la realización de ESP y derivamos a Urología, donde le realizan estudio urodinámico que descarta contracciones del detrusor en fase de llenado, y es compatible con IUE por incompetencia esfinteriana. Se decidió continuar unos meses con ESP, mejorando parcialmente. A los 13 meses continuaba con pérdidas urinarias que afectaban a su calidad de vida, por lo que se le propone al paciente tratamiento quirúrgico, pero ante su negativa a someterse a una nueva cirugía, se decidió tratamiento con inyecciones periuretrales de colágeno, con las que mejoró.

Juicio clínico: IUE post-prostatectomía.

Diagnóstico diferencial: Incontinencia de urgencia, mixta, por rebosamiento, funcional.

Comentario final: La IUE en hombres es secundaria a la disfunción del esfínter uretral, cuya principal causa es la cirugía prostática, tanto la resección transuretral (RTU) (1%) como la prostatectomía radical (5-25%). El 40% de los pacientes prostatectomizados refieren cierto grado de incontinencia urinaria a largo plazo, pero la mayoría no requiere más tratamiento que ESP, con los que se resuelve a los 12-24 meses. Sin embargo, un 5-10% presenta incontinencia urinaria persistente, sobre todo pacientes ancianos, o con enfermedad avanzada, antecedentes de radioterapia, RTU, o detrusor hiperactivo. El tratamiento inicial conservador es aconsejable durante al menos 12 meses. Consiste en cambios del estilo de vida (ESP, pérdida de peso). Sin embargo, en los pacientes no respondedores, se escala a tratamientos invasivos: A) IUE leve, inyecciones transuretrales (de colágeno, polímeros de silicona, etc, poco eficaces a largo plazo). B) Incontinencia leve-moderada, mallas o “slings” (eficacia limitada a largo plazo). C) Incontinencia moderada-grave, o pacientes que han recibido radiación previa, esfínter urinario artificial, que es el tratamiento más utilizado y más efectivo a largo plazo (59-90%), aunque no está exento de efectos secundarios (infecciones, erosión o atrofia uretral, fallo del mecanismo). En definitiva, hemos de analizar las posibilidades terapéuticas e individualizar

el tratamiento en cada caso para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, teniendo en cuenta que el médico de Primaria debe conocer y alentar la práctica de ESP porque la mayoría de los pacientes sólo requieren tratamiento conservador.

Bibliografía

Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A et al [EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence](#). Eur Urol. 2018;73(4):596-609

Radadia K. Management of Postradical Prostatectomy Urinary Incontinence: A Review. Urology 2017; S0090-4295(17)31064-6.