

COMENTARIO EDITORIAL

El estudio urodinámico

Urodynamic study

En la revisión que se comenta, los autores hacen un análisis detallado de la técnica urodinámica basándose en los conceptos primarios que han sedimentado este procedimiento a lo largo de la historia de la urología y avanza sobre la evolución de la técnica a la luz de la evidencia clínica. Esto último nos hace ver que los estudios urodinámicos son procedimientos dinámicos que requieren la experiencia de quien los practica, el conocimiento de las patologías que se exploran y la estandarización de los propios procedimientos (equipos, metodología, etc.) y la terminología de los reportes de los hallazgos.

Existe clara evidencia de que el tipo de estudio urodinámico varía según el paciente y según la indicación para hacerlo, y por ello la calidad de los registros y del diagnóstico final obtenido está definida por la interpretación que haga en tiempo real el profesional a cargo¹, ya que, como bien citan los autores, la urodinamia es una técnica dependiente del operador y con variabilidad interobservadores. Asimismo la realización de un procedimiento estandarizado, en cuanto a la parte técnica como indican las guías de buenas prácticas en urodinamia² y en la terminología empleada en la descripción de los hallazgos y el diagnóstico urodinámico final³, permitirá una mejor comprensión, calidad y registro de la información obtenida para fines tanto clínicos como de investigación.

El estudio urodinámico debe realizarse lo más completo posible siempre que las condiciones de base del paciente lo permitan. No se debe obviar la realización de la flujometría libre, que si bien por sí sola no hace el diagnóstico de obstrucción o de hipocontractilidad, es vital como compañera de los estudios de presión-flujo para el diagnóstico de ciertas enfermedades, como la obstrucción del tracto urinario bajo en la mujer. Blaivas y Groutz en su nomograma consideran el Q_{\max} obtenido en la flujometría libre, y no el del estudio de presión-flujo, para el análisis y el diagnóstico de obstrucción femenina⁴.

Dedicar el tiempo suficiente al estudio de la mujer incontinente será valorado enormemente por el profesional que no realiza estudios urodinámicos pero sí que los remite y basa en ellos la toma decisiones terapéuticas para sus pacientes. En las últimas guías para la realización de estudios urodinámicos de la SUFU y la AUA⁵, se hace énfasis en la importancia de la valoración del ALPP sin catéter ante la sospecha de incontinencia urinaria de esfuerzos pero no demostrada en el estudio de cistometría con catéter *in situ*; esto puede aumentar el tiempo de la realización del estudio, pero termina siendo de suma importancia, si consideramos los estudios que demuestran que más de un 50% de las mujeres y hasta un 30% de los varones incontinentes solo son diagnosticados tras hacer un segundo llenado vesical y realizar pruebas de tos o maniobras de Valsalva habiendo retirado el catéter de urodinámica^{6,7}. Las mismas guías recalcan además la importancia de reducir el prolapso vaginal

durante las pruebas para incontinencia con el fin de diagnosticar la incontinencia urinaria oculta.

Finalmente, siempre hay que considerar la realización de estudios videourodinámicos a los pacientes indicados; este posiblemente sea el estudio funcional del tracto urinario más completo disponible y aporta gran información sobre el paciente neurogénico, para el diagnóstico de obstrucción primaria del cuello vesical, en la incontinencia urinaria recidivante tras procedimientos quirúrgicos y en toda afección funcional del tracto urinario bajo que pueda repercutir en la integridad del tracto urinario superior.

Con la presente revisión, los autores dejan claro que la urodinámica no se ha estancado, es un procedimiento diagnóstico que ha evolucionado de la mano del mayor conocimiento de la fisiopatología del tracto urinario y que quienes realizamos este estudio debemos evolucionar a la par, en pro de nuestros pacientes y de los colegas que depositan su confianza en nosotros con la intención de obtener un resultado final estandarizado, claro, preciso y útil.

Bibliografía

1. Plata Salazar M, Cataño JG, Castaño JC, Gutierrez A, Trujillo C. Estudio multicéntrico para la evaluación de la concordancia intraobservador del estudio urodinámico: diferencias entre la lectura realizada por evaluador presente durante el estudio vs lectura diferida. *Urol Colomb*. 2012;21:34-40.
2. Schäfer W, Abrams P, Liao L, et al. Good urodynamic practices: uroflowmetry, filling cystometry, and pressure-flow studies. *Neurourol Urodyn*. 2002;21:261-74.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61:38-49.
4. Blaivas JG, Groutz A. Bladder outlet obstruction nomogram for women with lower urinary tract symptomatology. *Neurourol Urodyn*. 2000;19:553-64.
5. Winters JC, Dmochowski RR, Goldman HB. Urodynamic studies in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol*. 2012;188(6 Suppl):2464-72.
6. Maniam P, Goldman HB. Removal of transurethral catheter during urodynamics may unmask stress urinary incontinence. *J Urol*. 2002;167:2080.
7. Huckabay C, Twiss C, Berger A, et al. A urodynamics protocol to optimally assess men with post-prostatectomy incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2005;24:622.

Juan Carlos Castaño
Urólogo, Profesor titular de Urología,
Hospital Pablo Tobón Uribe, Director,
Sección de Incontinencia Urinaria y Urodinamia,
Sociedad Colombiana de Urología, Medellín, Colombia
Correo electrónico: jcasta3@gmail.com