

XXVIII Reunión Nacional del Grupo de Urología Funcional, Femenina y Urodinámica

Sesión: Sesión Comunicaciones 1

Moderadores:

Sala: Sala de Ensayos; Día: jueves 16; Hora: 13:15-14:00

C-1: Resultados urodinámicos de 70 Cistoplastias de Aumento en pacientes lesionados medulares

Seguí Moya, E.; Gill, S.; Knight, S.; Helal, M.; Patel, P.; Hamid, R.; Shah, J.; Nobrega, R.
Royal National Orthopaedic Hospital. London. United Kingdom

C-2: Incidencia de Infecciones del Tracto Urinario Inferior después de Video-Urodinamias en lesionados medulares

Seguí Moya, E.; Gill, S.; Knight, S.; Nobrega, R.
Royal National Orthopaedic Hospital. London. United Kingdom

C-3: Cistoplastia de Aumento en pacientes lesionados medulares: efecto sobre los síntomas, infecciones o tratamiento médico.

Seguí Moya, E.; Gill, S.; Knight, S.; Helal, M.; Patel, P.; Hamid, R.; Shah, J.; Nobrega, R.
Royal National Orthopaedic Hospital. London. United Kingdom

C-4: EL ESTUDIO URODINÁMICO EN LA EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA

García-Rayó Encina, C.; González Ginel, I.; Arrébola Pajares, A.; Medina Polo, J.; Rodríguez Antolín, A.
H.U.12 de Octubre

C-5: Evaluación de la tasa de éxito y posibles complicaciones tras la cirugía de incontinencia urinaria de esfuerzo con minisling de incisión única-TOT Altis®, tras 5 años de seguimiento.

Ortiz Benítez, N; Albadalejo Jimena, P; Ojeda Claro, A.V; Madurga Patuel, M.B; Alvarez-Osorio Fernández,J.L
Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)

C-6: Influencia de los síntomas de tracto urinario inferior pre y postoperatorios en la presencia de infección de tracto urinario, en el paciente trasplantado renal

Albaladejo Jimena, P; Ortiz Benitez,N; Ojeda Claro,AV; Madurga Patuel, BM; Alvarez-Ossorio,JL
Servicio de Urología-Hospital Universitario Puerta del Mar-Cádiz

C-7: Autólogo ajustable, rediseñando la continencia

González López, R.; Garde García, H.; Quintana Franco, L.M.; Useros Rodríguez, E.; González Enguita, C.

H. U. Fundación Jiménez Díaz, Madrid. H. U. Infanta Elena, Valdemoro (Madrid)

C-8: INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LA SEVERIDAD DE LA INCONTINENCIA DE ORINA

Alonso Bartolomé, María Belén; Gómez de Vicente, José Miguel; López Pérez, Eduardo; García-Matres, María Justa; De Castro Guerin, Cristina; Maínez Rodríguez, Juan Antonio; Ayllon, Hector Blanco; Cámara Llorente, Natalia; García Astillero, Vanesa; Unica Aguilera, Irene del Carmen; MartínezPiñeiro, Luis

Hospital Universitario La Paz

C-9: INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LOS DISTINTOS TIPOS DE INCONTINENCIA

Alonso Bartolomé, Ana María; Gómez de Vicente, José Miguel; García-Matres, María Justa; López Pérez, Eduardo; Gómez Villanueva, Alejandra; Maínez Rodríguez, Juan Antonio; De Castro Guerin, Cristina; García Astillero, Vanesa; Cámara Llorente, Natalia; Unica Aguilera, Irene del Carmen; Martínez-Piñeiro, Luis

Hospital Universitario La Paz

C-10: Suspender el prolapso: la teoría del puente colgante

González López, R.; Garde García, H.; Quintana Franco, L.M.; Useros Rodríguez, E.; González Enguita, C.

H. U. Fundación Jiménez Díaz, Madrid. H. U. Infanta Elena, Valdemoro (Madrid)

Presentación: comunicación oral

Resultados urodinámicos de 70 Cistoplastias de Aumento en pacientes lesionados medulares

Seguí Moya, E.; Gill, S.; Knight, S.; Helal, M.; Patel, P.; Hamid, R.; Shah, J.; Nobrega, R.

Royal National Orthopaedic Hospital. London. United Kingdom

Introducción

El seguimiento de los pacientes con disfunción neurógena del tracto urinario inferior tiene múltiples objetivos: la protección del tracto urinario superior para prevenir el desarrollo de insuficiencia renal; la vigilancia del tracto urinario inferior para prevenir infecciones, litiasis y tumores; adecuado drenaje y continencia urinaria y, en última instancia, la mejora de la calidad de vida.

El objetivo de este estudio es analizar los resultados urodinámicos de los pacientes sometidos a Cistoplastia de Aumento (CA) en un centro de tercer nivel.

Material y Métodos

De 1988 a 2018, 93 pacientes se sometieron a CA por vejiga hiperactiva neurógena refractaria tras fracasar los tratamientos conservadores. Tuvimos acceso a la historia clínica de 70 de los 93 pacientes. Los 23 pacientes restantes se excluyeron del estudio.

Se analizaron los siguientes parámetros urodinámicos: Máxima Capacidad Cistomanométrica (MCC en mls) pre y post cirugía y Presión del detrusor máxima (Pdet-max en cmH₂O) pre y post cirugía.

Se establecieron los siguientes grupos de estudio según los pacientes tratados o no con Botox[®]:

- Todos los pacientes.
- Los pacientes que no recibieron Botox ni antes ni después de la cirugía.
- Los pacientes que recibieron Botox antes y después de la cirugía.
- Los pacientes que recibieron Botox antes de la cirugía pero no después.
- Los pacientes que no recibieron Botox antes pero sí después.

El paquete estadístico utilizado fue el SPSS v.27. Se realizó la prueba de McNemar para contrastar las diferencias porcentuales entre el pre y el postoperatorio. El test de Wilcoxon se utilizó para la comparación de medianas o rangos medios de las mediciones pre y post, en caso de incumplimiento del supuesto de normalidad. Y la prueba paramétrica t de Student para comparación de medias, siempre bajo el supuesto de normalidad.

Resultados

47 pacientes eran varones y 23 mujeres. El seguimiento de los pacientes finalizó en octubre de 2023. Todos los datos recogidos fueron los disponibles hasta esa fecha. La mediana de seguimiento fue de 19.35 años (rango 5-35) y la mediana de edad de los pacientes en el momento de la cirugía fue de 37.4 años (rango 10-75).

Los resultados urodinámicos obtenidos fueron:

- MCC y Pdet-max pre y post-CA en todos los pacientes: la MCC aumentó de 158,25 a 480 (t=-10,61, p<0,001). La Pdet-max disminuyó de 67,07 a 18,43 (t=8,17, p<0,001).
- MCC y Pdet-max sin Botox[®]: 35 (48%) pacientes no recibieron Botox en ningún momento. La MCC aumentó de 143 a 549 mls (Z=-3,82, p<0,001) y la Pdet-max disminuyó de 69,5 a 19,4 (t=6,86, p<0,001).
- MCC y Pdet-max pre y post-Botox[®]: 10 (14%) pacientes recibieron Botox[®] antes y después de la CA. La MCC aumentó de 200 a 400 ml después de la intervención (Z=-1,71, p=0,08). La Pdet-max disminuyó de 50,67 a 24,89 cmH₂O después de la CA (t=2,3, p=0,05). Ambos resultados presentaron un p-valor tendencial (0,05<p<0,1).
- MCC y Pdet-max en pacientes pre-Botox[®]: 18 (24,66%) pacientes recibieron inyecciones de Botox[®] pre-CA pero no después. La MCC aumentó de 125 a 490 ml (Z=-3,41, p<0,001). La Pdet-max disminuyó de 72,64 a 19,50 (t=4,82, p<0,001).
- MCC y Pdet-max post AC Botox[®]: Siete (10%) pacientes recibieron inyecciones de Botox[®] después de CA. La MCC aumentó de 100 a 400 ml después de la intervención (Z=-1,76; p=0,07). La Pdet-max disminuyó de 68,75 a 26,25 cmH₂O (t=2,54, p=0,08). Ambos resultados presentaron un valor p tendencial (0,05<p<0,1).

Conclusiones

En general, todos los pacientes mejoraron significativamente sus resultados urodinámicos. Sin embargo, cuando los pacientes necesitaron recibir Botox[®] tras la cirugía, la mejora no fue tan significativa. Esto nos puede llevar a pensar que los pacientes con mayor necesidad de tratamiento obtuvieron resultados menos satisfactorios que aquellos pacientes que no requirieron más tratamiento.

Los resultados globales nos indican que la CA sigue siendo un tratamiento posible en el armamento de la vejiga neurogénica refractaria.

Presentación: comunicación oral

Incidencia de Infecciones del Tracto Urinario Inferior después de Video-Urodinamias en lesionados medulares

Seguí Moya, E.; Gill, S.; Knight, S.; Nobrega, R.

Royal National Orthopaedic Hospital. London. United Kingdom

Introducción y Objetivos:

El estudio videourodinámico (VUD) es la investigación de referencia para los pacientes con disfunción vesical. Sin embargo, esta investigación no está exenta de infección del tracto urinario (ITU). La incidencia de ITU tras VUD en la población general oscila entre el 1 y el 30%. En pacientes con lesión medular, 8%. El uso de antibióticos profilácticos es controvertido y no existen recomendaciones definitivas para su uso en VUD.

El objetivo de este estudio fue determinar una tasa global de ITU que pudiera ser atribuible al estudio de VUD en nuestro centro.

El segundo objetivo fue identificar si existía correlación entre el tipo de manejo vesical y el riesgo de ITU post-VUD.

Material y Métodos:

Se realizó una auditoría prospectiva de la incidencia de ITU en pacientes sometidos a VUD en nuestra institución durante 9 años, desde 2014 hasta agosto de 2023. Se incluyó una cohorte de pacientes que presentaban disfunción vesical predominantemente neuropática. Todos los pacientes dieron su consentimiento informado. A todos los pacientes se les realizó un análisis de orina con tira reactiva antes del VUD. Si el paciente presentaba una ITU sintomática o la tira reactiva era positiva, no se realizaba el estudio. Si el paciente estaba asintomático, se realizaba la VUD independientemente del resultado del análisis de orina (AO). En todos los AO positivos a leucocitos y nitritos se realizó un urocultivo. Una semana después del VUD se contactó con los pacientes y se les preguntó si habían desarrollado una ITU en las 48 horas siguientes a su estudio (sintomática y que requiriera antibióticos).

Resultados:

El número de estudios realizados fue de 822 en 2017 y de 2627 hasta 2023. La incidencia global de ITU post-VUD fue del 4,44 % en 2017, mientras que había descendido al 3 % en 2023.

La mayor incidencia de ITU se produjo en el grupo de preservativo (2/11 pacientes en 2017 y 5/27 en 2023; 18,18% y 19%, respectivamente). En el grupo de esfuerzo, 1 paciente en 2017 y 2 en 2023 tuvieron una ITU tras VCMG, lo que representa el 25% y el 5% del total de los pacientes con este manejo. Sin embargo, estos grupos de bajo número los haría estadísticamente no significativos.

El grupo sonda uretral permanente presentó un 0% de incidencia de ITU (66 pacientes) en 2017, pero un ligero aumento en 2023 con 10 pacientes (3%).

Los pacientes con lesión medular o vejiga neuropática tienen un manejo complejo de la vejiga y un mayor riesgo de ITU.

Nuestra baja incidencia de ITU tras la VUD puede deberse a lo siguiente:

- Personal limitado y altamente experimentado que realiza VUD
- Único centro que realiza un elevado número de VUD
- Procedimiento protocolizado:

o Antecedentes de ITU en el paciente antes de la VUD.

o Prueba previa de orina con tira reactiva.

Conclusiones:

Nuestra baja incidencia de ITU es una de las más bajas encontradas en la literatura. Esto demuestra que no es necesario dar antibióticos profilácticos previos a VUD salvo otros factores de riesgo (pacientes inmunosupresores, etc).

Presentación: comunicación oral

Cistoplastia de Aumento en pacientes lesionados medulares: efecto sobre los síntomas, infecciones o tratamiento médico.

Seguí Moya, E.; Gill, S.; Knight, S.; Helal, M.; Patel, P.; Hamid, R.; Shah, J.; Nobrega, R.

Royal National Orthopaedic Hospital. London. United Kingdom

Introducción

El seguimiento de los pacientes con disfunción neurógena del tracto urinario inferior tiene múltiples objetivos, entre ellos: la protección del tracto urinario superior para prevenir la insuficiencia renal; vigilancia del tracto urinario inferior para evitar infecciones, litiasis y tumores; el drenaje adecuado y continencia urinaria y, en última instancia, la mejora de la calidad de vida.

Se han desarrollado numerosos tratamientos para lograr estos objetivos. Desde los más conservadores, como el tratamiento médico con fármacos anticolinérgicos, agonistas B3, o toxina botulínica, hasta el uso de la cirugía, como la derivación urinaria o la cistoplastia de aumento (CA).

El objetivo de este estudio es revisar nuestros resultados funcionales (síntomas, tratamiento farmacológico y aparición de infecciones del tracto urinario inferior) a largo plazo en pacientes sometidos previamente a cistoplastia de aumento.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a CA desde 1988 hasta 2018. 93 pacientes con vejiga neurógena refractaria que fracasaron a tratamientos conservadores, se sometieron a CA. Tuvimos acceso a la historia clínica de 70 de los 93 pacientes. Los 23 pacientes restantes fueron excluidos del estudio.

Se estudiaron los siguientes parámetros:

- 1) Epidemiología: enfermedad del paciente, edad en el momento de la cirugía, años de seguimiento.
- 2) Patológicos: síntomas (urgencia, polaquiuria, pérdidas, dolor, disreflexia autonómica o incontinencia urinaria de esfuerzo); medicación pre y post cirugía y aparición de infecciones del tracto urinario inferior (ITUs).

El paquete estadístico utilizado fue el SPSS v.27. Se realizó la prueba de McNemar para contrastar las diferencias porcentuales entre el pre y el postoperatorio. El test de Wilcoxon se utilizó para la comparación de medianas o rangos medios de las mediciones pre y post, en caso de incumplimiento del supuesto de normalidad en la variable respuesta. Y la prueba paramétrica t de Student para comparación de medias, siempre bajo la no violación del supuesto de normalidad. Un modelo de regresión logística binaria para comprobar qué factores del estudio influyeron en la probabilidad de ocurrencia de ITUs (tanto protectores como de riesgo).

Resultados

De los 70 pacientes, 47 eran hombres y 23 mujeres. El seguimiento de los pacientes finalizó en octubre de 2023. La CA se realizó de forma secundaria a LME (n=55), espina bífida (n=4), mielitis transversa (n=2), hiperactividad del detrusor idiopática (n=4) y otras (n=5). La mediana de edad de los pacientes en el momento de la CA fue de 37,4 años (rango: 10-75). En el momento de la revisión de los pacientes, la mediana de seguimiento fue de 19,35 años (rango: 5-35).

a) Síntomas: se tuvo en cuenta el síntoma más molesto para el paciente. La mayoría de los pacientes presentaron incontinencia (45,3%) y urgencia (21,1%). Ambos síntomas se redujeron tras la CA a un 11,6% y un 10,5%, respectivamente ($p < 0,05$).

b) Medicación: se mostraron diferencias estadísticamente significativas en la medicación antes y después ($p < 0,001$). Del 100% que tomaba medicación antes, el 46,4% continuó tomándola después, mientras que el 53,6% dejó de tomarla.

c) Factores de riesgo para la aparición de ITUs:

- Sexo: no se apreció correlación estadísticamente significativa entre Género e ITU ($\chi^2=0,07$, $p=0,78$).
- Años desde la cirugía: supondría un factor de riesgo, por cada año que transcurre desde la cirugía, aumenta la probabilidad de ocurrencia de ITUs en un 9,5%.
- Botox[®]: el tratamiento con Botox[®] resultó como factor protector en la prevención de ITUs, reduciendo la probabilidad en un 74%.

Conclusiones

La cistoplastia de aumento puede mejorar los síntomas de urgencia de incontinencia de manera significativa, así como la posibilidad de dejar el tratamiento farmacológico en un 53%. En el estudio encontramos que el tratamiento con Botox[®] puede ser factor protector para el desarrollo de ITUs.

Presentación: comunicación oral

EL ESTUDIO URODINÁMICO EN LA EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA

García-Rayó Encina, C.; González Ginel, I.; Arrébola Pajares, A.; Medina Polo, J.; Rodríguez Antolín, A.

H.U.12 de Octubre

Introducción: La realización de un estudio urodinámico (EUD) en la valoración prequirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) femenina es controvertida. Las guías europeas y las guías NICE recomiendan no realizarlo de forma rutinaria previo al tratamiento de la IUE no complicada.

Nuestro objetivo es examinar el porcentaje de pacientes que presentaban IUE no complicada entre aquellas que fueron sometidas a colocación de una banda suburetral transobturadora (TOT) en nuestro centro, así como describir los hallazgos del EUD prequirúrgico.

Material/métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Revisamos las pacientes intervenidas con TOT en nuestro centro entre 2018 y 2023. En la valoración prequirúrgica realizamos historia clínica completa y exploración física neuro-uroológica. En los casos en los que se realizó EUD, este se llevó a cabo según las Guías de Buenas Prácticas Urodinámicas (Good Urodynamic Practice Guidelines) de la International Continence Society

Resultados: Se incluyeron 128 pacientes. Solo 41 (32%) cumplían criterios de IUE no complicada. 86 (67,2%) pacientes referían urgencia miccional, 63 (49,2%) presentaban incontinencia urinaria de urgencia (IUU) y 5 (3,9%) referían síntomas de vaciado.

Durante la EF se observó hiperactividad uretral en 73 (57%) pacientes, y se demostró escape de esfuerzo en 87 (68%).

De las 128 pacientes, 94 (73,4%) tenían EUD prequirúrgico. Los hallazgos del EUD fueron IUE urodinámica en 70 (74,5%) pacientes, hiperactividad detrusor en 30 (31,9%), hipersensibilidad vesical en 3 (3,2%), hipocontractilidad vesical en 4 (4,3%) de los cuales presentaban residuo postmiccional (RPM) significativo (>100mL) 1 (1,1%) paciente. Presentaron IUE urodinámica no complicada (48,9%) pacientes. El RPM medio (DE) fue de 8,16 mL (23,84).

En 24 (25,5%) pacientes no se demostró IUE durante el EUD. Se demostró escape de esfuerzo durante la exploración física pero no durante el EUD en 22 (23,4%). No se demostró escape durante la exploración y sí durante el EUD en 12 (12,8%) pacientes.

Conclusión: El 49% de pacientes con IUE no complicada de nuestra serie podrían evitar el EUD antes de someterse a cirugía. Además, es importante tener en cuenta que, en pacientes con síntomas clínicos de IUE no complicada, los hallazgos urodinámicos pueden influir en la elección del tratamiento.

Presentación: comunicación oral

Evaluación de la tasa de éxito y posibles complicaciones tras la cirugía de incontinencia urinaria de esfuerzo con minisling de incisión única-TOT Altis®, tras 5 años de seguimiento.

Ortiz Benítez, N; Albadalejo Jimena, P; Ojeda Claro, A.V; Madurga Patuel, M.B; Alvarez-Osorio Fernández, J.L
Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)

Introducción y Objetivos.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) constituye un problema de salud alcanzando una prevalencia de entre 5-69%.

Su tratamiento con el minisling de incisión única (MSIU) TOT Altis® presenta un nivel de evidencia 1b según las Guías Europeas de Urología. El objetivo del estudio es evaluar la tasa de éxito con MSIU, posibles complicaciones postoperatorias y tiempo hasta su aparición durante un seguimiento mínimo de 5 años.

Material y métodos.

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con IUE intervenidas con MSUI TOT Altis® entre el 22 Junio de 2015 y el 18 Noviembre de 2019. Análisis descriptivo de variables epidemiológicas y clínicas, así como análisis multivariante tipo Chi-cuadrado para establecer una significación entre extrusión o recidiva y diferentes variables independientes cualitativas (Obesidad, dispareunia, estreñimiento, tratamiento preoperatorio con estrógenos). Mediante Kaplan Meier se evaluó el tiempo a la recidiva de IUE en función de la presencia de dispareunia.

Resultados.

n= 244. Edad media 53,15 años, obesidad 14,8% (n=36). 71,3% (n=174) IUE. 28,3 % (n=69) incontinencia urinaria mixta (IUM).

Parto vaginal 70,9% (n=173). Estreñimiento 30,7% (n=75). Menopausia 41,45% (n=101). Dispareunia 26,6% (n= 65). El 4,9 % (n=12) tratamiento estrógenos preoperatorio.

Complicaciones postoperatorias: 7% ITU (n=17), 2,9% (n=7) RAO, 9,8% (n=24) dolor postoperatorio. 15,6% (n=38) extrusión de malla, tiempo medio:12 meses. 16,8% (n=41) recidiva de incontinencia, tiempo medio: 6,77 meses. Éxito de la intervención 83,2% (n=203).

Mediante chi- cuadrado se corroboró una asociación estadísticamente significativa entre la recidiva de incontinencia con obesidad (p=0,05), parto vaginal (p=0,037) y dispareunia (p=0,038).

Mientras que la exposición de malla mostró asociación estadísticamente significativa con menopausia (p=0,029) y dispareunia (p=0,038).

La curva Kaplan Meier demuestra una extrusión más precoz en las pacientes menopáusicas (Log Rank (p=0,041)

Conclusión.

Tras un seguimiento mínimo 5 años existe una tasa de éxito de la cirugía superior al 80%, siendo las complicaciones más frecuentes, la recidiva (16,8%) y la extrusión (15,6%). La menopausia y la dispareunia podrían relacionarse con la exposición de malla. A su vez, la obesidad, los partos vaginales y la dispareunia podrían influir en la recidiva de la incontinencia.

Presentación: comunicación oral

Influencia de los síntomas de tracto urinario inferior pre y postoperatorios en la presencia de infección de tracto urinario, en el paciente trasplantado renal

Albaladejo Jimena, P; Ortiz Benitez,N; Ojeda Claro,AV; Madurga Patuel, BM; Alvarez-Ossorio,JL
Servicio de Urología-Hospital Universitario Puerta del Mar-Cádiz

INTRODUCCIÓN

La infección de tracto urinario (ITU) es la más común de las infecciones en trasplantados renales alcanzando una prevalencia entre el 10-70%, lo que puede ocasionar el deterioro progresivo de la función renal

OBJETIVO

Evaluar la influencia de los síntomas del tracto urinario inferior pre y postrasplante, así como otros posibles factores de riesgo en el desarrollo de ITU en el paciente trasplantado renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de paciente trasplantados renales entre Enero de 2019 y Marzo de 2020. Análisis descriptivo de variables epidemiológicas, clínicas y analíticas. Análisis multivariante mediante test t de Student y Chi cuadrado para establecer significación entre presencia de ITU a los 3,6,12 y 24 meses y STUI, con diferentes variables independientes cuantitativas y cualitativas (entre las que se encuentran STUI pre y postrasplante para el caso de la ITU).

RESULTADOS

N=116. Edad media 55 años. 23.1% presentaron ITU complicada postrasplante. La incidencia de ITU a los 3,6,12 y 24 meses fue de 11.1%, 13.7%, 12.8% y 9.4% respectivamente. E.Coli causó el 33.3% de ITUs complicadas. El 9.4% de los pacientes presentó STUI pretrasplante (70% de STUI llenado, 2% STUI mixtos y en el 1% STUI vaciado. El 12.9% de pacientes presentó STUI postrasplante (n=12 casos STUI llenado, n=3 STUI vaciado). Hallamos diferencias estadísticamente significativas en la tasa de ITU a los 24 meses del trasplante entre aquellos que presentaron STUI pretrasplante y no (p=0.005). Pacientes con STUI postrasplante presentaron mayor tasa de ITU a los 3,6 y 24 meses (p<0.05). La ITU a los 3 y a los 6 meses se relaciona con la presencia de bacteriuria asintomática pretrasplante (p<0.005). La mayor demora en retirada de catéter doble J y sonda vesical se relaciona con ITU a los 3 meses (p=0.02 y p=0.022). Pacientes con STUI postrasplante presentaban media mayor de tiempo de retirada de sonda vesical que los que no presentaban STUI postrasplante(p<0.05).

CONCLUSIÓN

La presencia de STUI pre y postrasplante parece influir en el desarrollo de ITU postrasplante. Aquellos pacientes que mantuvieron más tiempo la sonda vesical tendieron a desarrollar más STUI así como ITU tras el trasplante renal.

Presentación: comunicación oral

Autólogo ajustable, rediseñando la continencia

González López, R.; Garde García, H.; Quintana Franco, L.M.; Useros Rodríguez, E.; González Enguita, C.
H. U. Fundación Jiménez Díaz, Madrid. H. U. Infanta Elena, Valdemoro (Madrid)

Introducción

Las complicaciones asociadas a las mallas de incontinencia son infrecuentes, pero se estima que el 4-6% de las pacientes pueden presentar una erosión vaginal a lo largo de su vida. La perforación vesical o uretral es una rara complicación, cuya incidencia no es bien conocida, estimándose cercana al 1-2%.

Cuando se produce una de estas complicaciones, la retirada de la malla y la cirugía reconstructiva de la uretra, vejiga o vagina es obligada. Posteriormente, la continencia suele verse comprometida, siendo habitual que las pacientes se inclinen por técnicas exentas de materiales protésicos.

La utilización de los tejidos nativos puede ser una opción en ellas. La fascia autóloga es uno de los tratamientos para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) con mejores resultados a medio y largo plazo.

Objetivos

Describir nuestra experiencia con el cabestrillo suburetral de fascia autóloga acoplado al dispositivo varitensor del Remeex femenino para el tratamiento de la IUE en casos complejos.

Material / Método

Estudio retrospectivo y multicéntrico. Se han intervenido 13 pacientes en la Unidad de Urología Funcional de dos hospitales entre Agosto de 2021 y Marzo de 2024. Se han excluido 3 pacientes por escaso seguimiento. La edad media es de 60,2 años y la mediana de seguimiento de 19,2 meses.

Revisiones al mes, 6, 12 y 24 meses con anamnesis, flujometría, exploración y registro de complicaciones.

Se ha considerado como seco la ausencia de pérdidas en el test de esfuerzo.

Resultados

De las 10 pacientes analizadas, 8 habían recibido tratamiento con un cabestrillo suburetral previo. En un caso, la incontinencia se debía a una resección transuretral del y el otro caso era un líquen escleroatrófico. Las ocho pacientes con malla previa habían tenido complicaciones graves, incluyendo perforación uretral, perforación vesical y dolor.

El 90% de las pacientes están continentas, precisando ajustes 3 de ellas. Una paciente ha recidivado. Dos pacientes han presentado un seroma suprapúbico. Sin complicaciones a medio plazo.

La satisfacción de las pacientes es muy alta.

Conclusiones

La asociación del cabestrillo de fascia autóloga con el dispositivo Remeex nos ofrece nuevas perspectivas de tratamiento en IUE recidivada.

Presentación: comunicación oral

INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LA SEVERIDAD DE LA INCONTINENCIA DE ORINA

Alonso Bartolomé, María Belén; Gómez de Vicente, José Miguel; López Pérez, Eduardo; García-Matres, María Justa; De Castro Guerin, Cristina; Maínez Rodríguez, Juan Antonio; Ayllon, Hector Blanco; Cámara Llorente, Natalia; García Astillero, Vanesa; Unica Aguilera, Irene del Carmen; MartínezPiñeiro, Luis

Hospital Universitario La Paz

Introducción: Uno de los principales factores de riesgo de la incontinencia urinaria femenina es la obesidad. Según la Encuesta Nacional de Salud en España, la prevalencia de sobrepeso entre las mujeres españolas >18 años es del 30,1% y la de obesidad del 16,7%. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre la obesidad y la severidad de la incontinencia en una consulta monográfica de incontinencia.

Material y método: Análisis retrospectivo de una muestra de 308 mujeres cuyo síntoma principal fue la incontinencia de orina, entre octubre de 2022 y enero de 2024. Se determinó la edad media, IMC (normopeso: 18-24,9, sobrepeso: 25-29,9, obesidad \geq 30), perímetro abdominal medio, mediana de gestaciones, prevalencia de diabetes e HTA y la puntuación del cuestionario ICIQ-UI (puntuación 0-21). Se analizó la relación entre la obesidad (normopeso, sobrepeso y obesidad) y la severidad de la incontinencia (puntuación ICIQ-UI) mediante el test de Kruskal-Wallis. Se determinó la relación entre el IMC y la capacidad de los absorbentes empleados (baja capacidad=muda o salvaslip, capacidad media=compresas, alta capacidad=pañales) mediante el test chi cuadrado y con el número de absorbentes con test de Kruskal-Wallis.

Resultados: La edad media de la muestra fue de 59,9 años (SD 15,3), el IMC medio de 27,9 (SD 5,2) y el perímetro abdominal medio de 98,7cm (SD 12,9). El 71,6% tenían exceso de peso (35,6% sobrepeso y 35,9% obesidad). La prevalencia de diabetes e HTA fue del 11,7% y 28,6% respectivamente. La mediana de gestaciones fue de 2 (normopeso 2, sobrepeso 3, obesidad 2, KruskalWallis $p<0,001$). La mediana de puntuación del cuestionario ICIQ-UI fue de 15. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Kruskal-Wallis $p<0,05$) entre la puntuación del cuestionario ICIQ-UI y el IMC (normopeso 14, sobrepeso 14 y obesidad 16) y entre la capacidad del absorbente (baja, media y alta) y el IMC (normopeso 62,3%, 35,8%, 1,9%; sobrepeso 44,3%, 43%, 12,7%; obesidad 31%, 52,4%, 16,7%, chi cuadrado $p<0,005$). También hubo diferencias significativas entre el número de absorbentes y el IMC (normopeso 1, sobrepeso 2, obesidad 2, Kruskal-Wallis $p<0,05$).

Conclusión: La prevalencia de sobrepeso y obesidad es muy elevado entre pacientes que consultan por incontinencia. La severidad de la incontinencia, el tipo y número de absorbentes se relacionan con el grado de obesidad

Presentación: comunicación oral

INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LOS DISTINTOS TIPOS DE INCONTINENCIA

Alonso Bartolomé, Ana María; Gómez de Vicente, José Miguel; García-Matres, María Justa; López Pérez, Eduardo; Gómez Villanueva, Alejandra; Maínez Rodríguez, Juan Antonio; De Castro Guerin, Cristina; García Astillero, Vanesa; Cámara Llorente, Natalia; Unica Aguilera, Irene del Carmen; Martínez-Piñeiro, Luis

Hospital Universitario La Paz

Introducción:

A pesar de que la obesidad es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria, no está suficientemente caracterizado el tipo de incontinencia que provoca. La incontinencia de orina (IU) se clasifica fundamentalmente en incontinencia de esfuerzo (IUE), de urgencia (IUU) y mixta (IUM). El objetivo de nuestro estudio es analizar la influencia de la obesidad en el tipo y severidad de la incontinencia.

Material y método:

Análisis retrospectivo de una muestra de 308 mujeres cuyo síntoma principal fue la incontinencia de orina, entre octubre de 2022 y enero de 2024. La anamnesis, exploración física y puntuación de los cuestionarios ICIQ-UI e ICIQ-OAB fueron recabados mediante un formulario específico. El primer cuestionario cuantifica la frecuencia, severidad e impacto en calidad de vida de la incontinencia de orina y permite clasificar la IU en IUE, IUU o IUM. El segundo analiza la severidad e impacto en calidad de vida de la frecuencia, nicturia, urgencia e incontinencia de urgencia. Se calculó el IMC (peso/talla²) y se categorizó en normopeso 18-24,9, sobrepeso 25-29,9 y obesidad ³30). Mediante el test de Kruskal-Wallis se estudió la relación entre el sobrepeso y la severidad de la IU para la IUE, IUU e IUM. De la misma forma, se analizó la relación entre la obesidad y la severidad de la frecuencia, nicturia, urgencia e IUU para cada tipo de IU.

Resultados:

La distribución del tipo de IU en la muestra fue: IUE 27%, IUU 24,6%, IUM 48,4% y otros tipos de IU el 18,2%. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el grado de obesidad y la severidad de la IU (mediana de la puntuación ICIQ-UI) en pacientes con IUU (normopeso 11, sobrepeso 14, obesidad 15, $p<0,05$), pero no en la IUE (normopeso 10,5, sobrepeso 13, obesidad 14,5, $p=0,143$) ni la IUM (15,5; 15 y 18, respectivamente, $p=0,072$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la mediana de puntuaciones del cuestionarios ICIQ-OAB en función del IMC para los síntomas de nicturia en la IUE (1, 1, 2, $p<0,05$), para la nicturia, urgencia e IUU en la IUU (1, 2, 2, $p<0,005$; 2, 2, 3, $p<0,05$ y 1, 1, 2, $p<0,05$ respectivamente) y para la IUU en la IUM (1, 1, 3, $p<0,05$) (tabla 1).

MEDIANA DE PUNTUACION ICIQ-OAB	IUE				IUU				IUM			
	NP	SP	O	p (Kruskal-Wallis)	NP	SP	O	p (Kruskal-Wallis)	NP	SP	O	p (Kruskal-Wallis)
FRECUENCIA	1	0	1	ns	2	1	1	ns	1	1	2	ns
NICTURIA	1	1	2	<0,05	1	2	2	<0,005	1	2	2	ns
URGENCIA	1	1	1	ns	2	2	3	<0,05	2	2	3	ns
ICONTINENCIA DE URGENCIA	1	1	1	ns	1	1	2	<0,05	1	1	3	<0,05

Conclusión:

El tipo de incontinencia más relacionado con el sobrepeso es la incontinencia de urgencia, existiendo diferencias en la nicturia, urgencia e incontinencia de urgencia entre pacientes de distinto IMC.

Presentación: comunicación oral

Suspender el prolapso: la teoría del puente colgante

González López, R.; Garde García, H.; Quintana Franco, L.M.; Useros Rodríguez, E.; González Enguita, C.
H. U. Fundación Jiménez Díaz, Madrid. H. U. Infanta Elena, Valdemoro (Madrid)

Introducción

El prolapso de órganos pélvicos (POP) afecta a cerca del 50% de las mujeres, aunque tan sólo un 10-12% de las mismas precisarán tratamiento quirúrgico. A lo largo de la historia, se han utilizado múltiples abordajes y técnicas quirúrgicas, con o sin el uso de malla, para su corrección.

El uso de las mallas por vía vaginal puede ser beneficioso en un seleccionado grupo de pacientes. La utilización de mallas de menor tamaño y más ligeras permite la conservación uterina y disminuye las complicaciones.

Objetivos

Analizar los resultados en la corrección del prolapso del compartimento anterior y apical mediante colposuspensión bilateral sacroespinal por vía vaginal, asociada a colpografía anterior (CA).

Material / Método

Estudio retrospectivo y multicéntrico en 50 pacientes intervenidas en la Unidad de Urología Funcional de dos hospitales entre Julio de 2015 y Marzo de 2024. Edad media 64,3 años. Mediana de seguimiento 23,2 meses. IMC medio 28,1 y mediana de 3 gestaciones y 2 partos.

Revisiones al mes, 6, 12 y 24 meses con anamnesis, flujometría, exploración y registro de complicaciones.

Resultados:

- Curación: ausencia de prolapso.
- Mejoría: prolapso asintomático.
- Fracaso: prolapso sintomático.

Resultados

El 26% tenía cirugía pélvica previa. Todas las pacientes presentaban prolapso anterior y apical en la exploración preoperatoria, asociado a rectocele en el 12%. Necesidad de CA en el 80%.

La colocación de la malla en cérvix posterior en 38%. En 8 pacientes cabestrillo suburetral de incisión única simultáneo.

Curación 78% y mejoría 26%. Dieciséis recidivas, 13 anatómicas y 3 clínicas. Ningún factor ha demostrado asociación estadística con la recidiva. Dos pacientes reintervenidas (histeropexia laparoscópica).

Complicaciones:

- Intraoperatorio: apertura de Douglas
- Postoperatorio inmediato: dos hematomas y 2 RAO.
- Seguimiento: 3 extrusiones y 4 autocateterismos.

Se analizan los resultados de la incontinencia e infecciones urinarias pre y postcirugía.

Satisfacción media 8,3.

Conclusiones

La reparación del defecto anterior y apical mediante colposuspensión bilateral sacroespinal por vía vaginal, asociada o no a colpografía anterior, ofrece buenos resultados anatómicos y funcionales en nuestras pacientes, con un bajo índice de complicaciones y una escasa necesidad de reintervención por recidiva del prolapso.