



Alteraciones funcionales vesicales

D. Vázquez Alba, J. Carballido Rodríguez y S. Bustamante Alarma

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Síndrome del tracto urinario inferior
- Incontinencia urinaria
- Disfunción vesical

Keywords:

- Lower urinary tract syndrome
- Urinary incontinence
- Bladder dysfunction

Resumen

La función del tracto urinario inferior (TUI) es idéntica en ambos sexos. Sin embargo, el interés por el estudio de las alteraciones de sus diferentes fases no ha sido la misma. En el sexo masculino se han investigado preferentemente los trastornos de la fase miccional, debido principalmente a la importancia de la obstrucción urinaria provocada por la hipertrofia prostática benigna (HPB). En la mujer, por el contrario, se ha dado más relevancia a las alteraciones de la fase de llenado, debido a la elevada prevalencia de incontinencia urinaria, bien sea en forma de hiperactividad vesical o de incontinencia urinaria de esfuerzo. Estos trastornos que afectan al TUI se van a caracterizar clínicamente por la aparición de una serie de síntomas, denominados hoy día con el término de STUI (englobaría los clásicos síntomas irritativos y obstructivos) y superponibles a cualquier patología del TUI. El tratamiento de las disfunciones vesicales, en primer lugar, atenderá a su causa etiológica, pudiendo existir diversas opciones terapéuticas que van desde el tratamiento farmacológico al quirúrgico.

Abstract

Bladder function disorders

The function of the lower urinary tract (LUT) is identical in both sexes. However, interest in the study of changes in different phases has not been the same. In males it is preferably investigated disorders voiding phase, mainly due to the importance of urinary obstruction caused by benign prostatic hypertrophy (BPH). In women, however, it has more relevance to changes in the filling phase, due to the high prevalence of urinary incontinence, either as overactive bladder or urinary incontinence. These disorders affect the LUT, they will be characterized clinically by the appearance of a number of symptoms, known today under the term LUTS (the classic symptoms would include irritative and obstructive) and superimposed on any pathology LUT. The treatment of bladder dysfunction, first serve its etiology, there may be several treatment options, ranging from drug therapy to surgery.

Concepto

El concepto de tracto urinario inferior (TUI) hace referencia a la unidad funcional formada por la vejiga y la uretra con la participación funcional de la musculatura del suelo pélvico, que tiene como propósito fundamental almacenar la orina y eliminarla de forma periódica al exterior del organismo,

cuando las condiciones ambientales lo permitan. Ambos procesos precisan de una coordinación adecuada bajo control nervioso central, periférico y somático.

La vejiga urinaria es una cavidad virtual, situada detrás del pubis, con paredes distensibles que se acomodan a la llegada de orina. Su capacidad oscila entre 250-500 ml. El músculo detrusor está formado, en su mayoría, por fibras musculares

elásticas (70%) dispuestas en tres capas de fibras longitudinales y circulares entrelazadas entre sí en todas las direcciones y, en menor medida, por fibras colágenas (30%). Las fibras musculares elásticas tienen la capacidad de distenderse cuando se les somete a una fuerza y de regresar a su estado inicial cuando cesa dicha fuerza, siendo por tanto las responsables del tono contráctil y de la acomodación al llenado vesical, lo que le confiere a la vejiga la propiedad de comportarse como un reservorio de baja presión durante el llenado vesical. Las fibras colágenas, por el contrario, actúan retrasando su deformación cuando se les somete a una tensión.

A nivel uretral se pueden distinguir los mecanismos esfinterianos representados por el esfínter interno (engrosamiento de fibras lisas del cuello vesical) y por el externo (constituido por fibras estriadas y de naturaleza voluntaria), siendo este último el responsable de obedecer a la orden "cortar el chorro". El suelo pélvico está constituido por una serie de estructuras musculares y aponeuróticas que forman la porción caudal del abdomen, desempeñando un papel importante como soporte uretral e impidiendo la pérdida de orina relacionada con el aumento de las presiones intraabdominales¹.

Así pues, para facilitar la descripción y el estudio, el ciclo funcional del TUI se puede dividir en dos fases: la de llenado y la de vaciado vesical.

Fase de llenado vesical

Tiene como función almacenar la orina proveniente del filtrado renal. Esta función de almacenamiento depende de varios factores como son: la acomodación vesical, el tono del detrusor, la ausencia de contracciones involuntarias del detrusor y el cierre esfinteriano.

Fase de vaciado vesical

Su función es la expulsión al exterior del organismo de toda la orina almacenada durante la fase de llenado. Depende de los siguientes factores: contracción del detrusor, relajación esfinteriana y ausencia de obstrucción anatómica al flujo de salida miccional.

El control de ambas fases es un proceso complejo que requiere la intervención coordinada de varios sistemas, siendo necesaria la integridad y la participación sincrónica de muchos órganos, músculos y nervios. Se pueden definir las disfunciones del TUI como cualquier tipo de alteración que acontece durante la fase de llenado, vaciado o en ambas fases del TUI, como consecuencia de la anormalidad de uno o varios de los factores anteriormente mencionados².

Epidemiología

La prevalencia de las disfunciones del TUI pone de manifiesto una gran heterogeneidad y variabilidad que hace difícil comparar los resultados por razones metodológicas. Así, los datos sobre prevalencia de la incontinencia urinaria (IU)

obtenidos en los diversos estudios publicados varían según la edad, definición, el tipo de IU, el tipo de cuestionario empleado, el modo de obtenerlo, el tipo de muestra utilizado y el uso o no de alguna prueba objetiva de pérdida de orina, así como el país de origen de los estudios.

Se trata de una patología 2-4 veces más prevalente en mujeres que en hombres. Su incidencia aumenta exponencialmente con la edad, pudiendo alcanzar en las mujeres mayores de 60 años internadas en residencias un 55,7%^{3,4}.

El estudio EPINCONT realizado en Noruega, sobre una población de 27.936 mujeres mayores de 20 años de edad, muestra que el 25% presentaba alguna disfunción vesical⁵.

El estudio europeo (Francia, Alemania, Reino Unido y España), realizado sobre una población de 17.080 mujeres mayores de 18 años, nos muestra que el 35% de ellas presentaba alguna disfunción vesical. La tasa de prevalencia fue del 44% en Francia, 41% en Alemania, 42% en el Reino Unido y 23% en España. En este estudio, la disfunción vesical más frecuente fue la IU de esfuerzo (IUE), seguida de la IU mixta (IUM) y la IU de urgencia (IUU)⁶.

La prevalencia de la hiperactividad vesical en la población es mucho mayor que otras enfermedades más conocidas como el asma, la diabetes, la demencia y la depresión³⁻⁶.

La prevalencia real podría ser mucho más elevada, ya que hay muchos pacientes que siguen sin diagnosticar porque no consultan su problema con el médico debido a que: algunos pacientes no lo consideran importante, piensan que es un problema asociado al envejecimiento, creen que no hay solución y se sienten avergonzados por las pérdidas de orina³⁻⁶.

Clasificación

Existen múltiples sistemas clasificatorios de las disfunciones del TUI, pero a efectos prácticos y fisiopatológicos se pueden clasificar desde el punto de vista funcional como vemos a continuación.

Alteraciones del llenado vesical

Con causa en el sistema esfinteriano o en el músculo detrusor, cuya expresión clínica, en ambos casos, sería el predominio de los síntomas irritativos y de la IU.

Alteraciones del vaciado vesical

Con causa en el músculo detrusor, sistema esfinteriano o ambos, cuya expresión clínica sería el predominio de los síntomas obstructivos, la retención urinaria y el residuo postmiccional.

Alteraciones de ambas fases

Su expresión clínica serían los síntomas mixtos, la IU, así como el residuo postmiccional.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805386>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805386>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)