

Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continencia

C. Riccetto, P. Palma, A. Tarazona

*Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, São Paulo. Brasil.
Universidad El Bosque. Colombia.*

Actas Urol Esp 29 2005; (1): 31-40

RESUMEN

APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TEORÍA INTEGRAL DE LA CONTINENCIA

En la actualidad, el tratamiento de la incontinencia de orina no se puede realizar sin tener en cuenta la teoría integral de la continencia. Esta teoría considera que la incontinencia a los esfuerzos, la urgencia y las alteraciones del vaciamiento vesical se presentan por las alteraciones sucedidas en los elementos de soporte suburetral, de los ligamentos y de los músculos del suelo pélvico. Las alteraciones de la tensión aplicada por los músculos y ligamentos sobre las fascias yuxtapuestas a la pared vaginal determinan la apertura o el cierre del cuello vesical y de la uretra. Alteraciones de la tensión sobre la vagina determinan, también, la activación prematura del reflejo miccional, desencadenando contracciones involuntarias del detrusor.

El conocimiento de los fundamentos anatómicos del piso superior, intermedio e inferior del suelo pélvico así como de los principales elementos ligamentosos pubouretrales, uretropélvicos y úterosacros son esenciales antes de abordar cualquier cirugía de la incontinencia.

Dependiendo de la localización de la lesión músculo fascial o ligamentar y de la sensibilidad de las terminaciones nerviosas locales, se puede desarrollar incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencia, alteraciones del vaciamiento vesical o varias combinaciones de estas condiciones. Existen 6 defectos básicos que deben ser investigados sistemáticamente: defecto del soporte suburetral ("Hammock"), síndrome de vagina fija ("Tethered vagina syndrome"), distensión de los ligamentos pubouretrales, distensión de los ligamentos útero sacros y del soporte del ápice vaginal, lesiones de la inserción vaginal de los músculos pubococcygeos, lesiones de los músculos estriados del piso pélvico por traumatismo del esfínter externo del ano o distensión, parálisis o ruptura de las inserciones del plató elevador.

Palabras clave: Anatomía suelo pélvico, Incontinencia urinaria de esfuerzo, Teoría integral continencia.

ABSTRACT

CLINICAL APPLICATIONS OF THE COMPREHENSIVE THEORY OF URINARY INCONTINENCE

Currently, urinary incontinence cannot be treated without taking into consideration the comprehensive theory of urinary incontinence. According to this theory, stress incontinence, urge incontinence and alterations in bladder emptying result from alterations in the elements of suburethral support, ligaments and muscles of the pelvic floor. Alterations in the forces applied by muscles and ligaments to the fascia adjacent to the vaginal wall and the urethra cause the vesical neck and the urethra to open or close. Alterations in the forces applied to the vagina can also cause premature activation of the micturition reflex, triggering involuntary contractions of the detrusor muscle.

Knowledge of the anatomic substrate of the upper, intermediate and lower layers of the pelvic floor and of the main pubourethral, urethropelvic and uterosacral ligamentous elements is essential before any surgical approach of incontinence can be attempted.

Depending on the location of the fascial or ligamental muscle lesion and of the sensitivity of the local nerve endings, stress incontinence, urge incontinence, altered bladder emptying or combinations of these conditions can develop. There are 6 basic defects which should be systematically investigated: defect in the suburethral support ("Hammock"), tethered vagina syndrome, distended pubourethral ligaments, distended uterosacral ligaments and support of the vaginal apex, lesions of vaginal insertion of pubococcygeal muscles, lesions of the striated muscles of the pelvic floor levator plate.

Key words: Pelvic floor anatomy. Urge urinary incontinence. Comprehensive theory of incontinence.

La Teoría Integral de la Continencia fue concebida por Peter Petros y Ulmsten, con el objetivo de explicar de forma integral los mecanismos fisiopatológicos involucrados, no solamente en la incontinencia urinaria de esfuerzo, sino de los síntomas habitualmente coexistentes, tales como la urgencia, polaquiuria, nocturia, alteraciones del vaciamiento vesical e intestinal, además del dolor pélvico crónico. Esa teoría considera que dichos síntomas son interdependientes, dentro de un proceso fisiopatológico común.

La Teoría Integral de la Continencia considera básicamente que la incontinencia a los esfuerzos, la urgencia y las alteraciones del vaciamiento vesical se presentan por las alteraciones sucedidas en los elementos de soporte suburetral, de los ligamentos y de los músculos del suelo pélvico. De acuerdo con esa Teoría, las alteraciones de la tensión aplicada por los músculos y ligamentos sobre las fascias yuxtapuestas a la pared vaginal determinan la apertura o el cierre del cuello vesical y de la uretra. Alteraciones de la tensión sobre la vagina determinan, también, la activación prematura del reflejo miccional, desencadenando contracciones involuntarias del Detrusor.

Basada en la interpretación conjunta de los conocimientos anatómicos y funcionales obtenidos por diversos autores a lo largo del siglo pasado, la Teoría Integral propone una nueva clasificación para la incontinencia urinaria de la mujer, fundamentada en tres zonas de disfunción y seis defectos principales, que deben ser sistemáticamente explorados y simultáneamente corregidos durante el tratamiento quirúrgico. De esta forma, las disfunciones miccionales resultantes del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria resultarían del abordaje incompleto de dichos defectos.

FUNDAMENTOS ANATÓMICOS

Componentes musculares y de la fascia

Los elementos músculo-fasciales del perineo femenino actúan de forma conjunta. Entretanto, tres

músculos y tres ligamentos sirven de base para el funcionamiento ideal de los mecanismos de micción, evacuación y de continencia.

Clásicamente, los músculos del piso pélvico femenino son clasificados anatómicamente en dos grupos: el diafragma urogenital, mas externo, tenue y restringido a la región anterior del periné, y el diafragma pélvico, mas robusto y localizado mas internamente. Basado en estudios funcionales al respecto de la dinámica de los órganos pélvicos, la musculatura del piso pélvico puede, además, ser clasificada en 3 componentes básicos (Fig. 1):

a) Camada superior: Con la contracción en dirección horizontal, con participación en el mecanismo de continencia. Está representada fundamentalmente por el músculo pubococcigeo (Contracción en dirección anterior) y por el plató del músculo elevador del ano (Contracción en dirección posterior) (Fig. 2).

b) Camada intermedia: Con contracción en sentido caudal (para abajo), responsable de las angulaciones del recto, la vagina y del cuerpo vesical. El principal componente de esta camada es el músculo longitudinal externo del ano. (Fig. 3).

c) Camada inferior: Con contracción horizontal, tiene función únicamente de soporte de los componentes más externos del aparato genital femenino, representado por el diafragma urogenital.

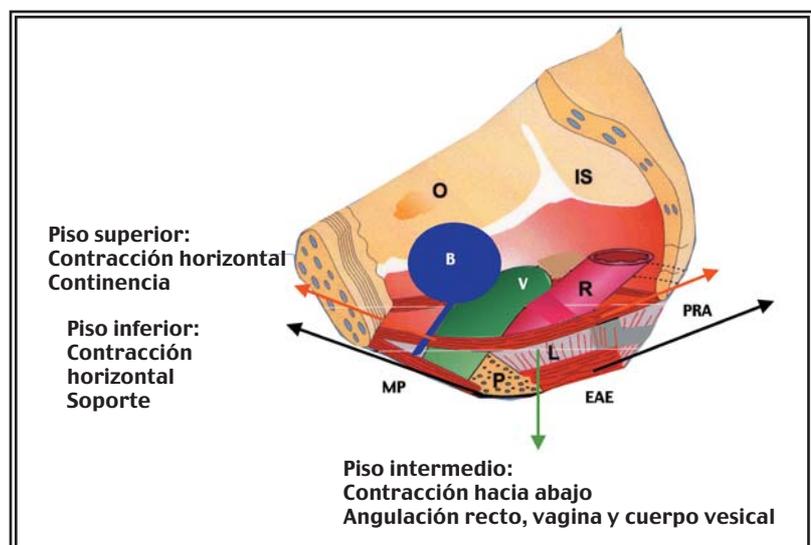


FIGURA 1. Clasificación funcional de las capas musculares del piso pélvico en la mujer. PM: membrana perineal; PRA: plató retro-anal; L: músculo longitudinal del ano; EAE: esfínter estriado del ano; V: vagina; P: cuerpo perineal; R: recto; IS: isquio; O: obturador.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9306997>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9306997>

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