



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Instituto Nacional de Perinatología

“Isidro Espinosa de los Reyes”

**INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO DE NOVO Y
RECURRENCIA POSTERIOR A CIRUGÍA CORRECTIVA DE
PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS**

TESIS

Que para obtener el Título de:

ESPECIALISTA EN UROLOGÍA GINECOLÓGICA

PRESENTA:

Dra. Ynnakhy Lara Pérez

Profesor Titular del Curso de Urología Ginecológica

Dr. Carlos Ramírez Isarraraz

Asesora de tesis

Dra. Viridiana Gorbea Chávez

Asesora metodológica

Dra. Viridiana Gorbea Chávez





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE TESIS:

**INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO DE NOVO Y RECURRENCIA
POSTERIOR A CIRUGÍA CORRECTIVA DE PROLAPSO DE ÓRGANOS
PÉLVICOS**



DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ
Directora de Educación en Ciencias de la Salud
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



DR. CARLOS RAMÍREZ SARRARAZ
Profesor Titular del Curso de Especialización en Urología Ginecológica
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ
Asesora de Tesis
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ
Asesora Metodológica
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

DEDICATORIA

A mis amados padres, mis queridas hermanas y amigos.

A mi. Porque los sueños no tienen límites.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la institución por la oportunidad de formación como subespecialista, soy afortunada por pertenecer al grupo de médicos egresados de esta institución.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo y generosidad de un gran equipo de trabajo, mi directora y asesora metodológica, médicos adscritos de la clínica y mis compañeros residentes.

Infinita gratitud a mi familia, mis maestros, mis compañeros y amigos por su apoyo y dedicación a este trabajo.

INFORMACIÓN DE AUTORES

Lara Pérez Ynnakhy¹

Gorbea Chávez Viridiana²

Granados Martínez Verónica³

Ramírez Isarraraz Carlos⁴

¹**Autor.** Médico residente de segundo año de Urología Ginecológica. Instituto Nacional de Perinatología.

²**Directora de tesis y asesora metodológica.** Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Urología ginecológica. Maestría en Ciencias Médicas, Directora de Educación en Ciencias de la Salud. Instituto Nacional de Perinatología.

³**Colaboradores.** Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Urología ginecológica. Instituto Nacional de Perinatología.

⁴**Colaboradores.** Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Urología ginecológica. Coordinador de la Clínica de Urología Ginecológica. Instituto Nacional de Perinatología.

ÍNDICE

Resumen.....	pág. 7
Introducción.....	pág. 9
Material y métodos.....	pág. 10
Resultados.....	pág. 13
• Cuadro 1: Características sociodemográficas, antropométricas y clínicas de la población de estudio según la cirugía realizada	pág. 14
• Cuadro 2: Porcentaje de recurrencia e IU de novo en ambos grupos de estudio.....	pág. 15
• Cuadro 3: Factores de riesgo para IU de novo en el grupo 1.....	pág. 16
• Cuadro 4: Factores de riesgo para recurrencia en el grupo 2.....	pág. 17
Discusión.....	pág. 18
Conclusión.....	pág. 22
Referencias.....	pág. 23

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO DE NOVO Y RECURRENCIA POSTERIOR A CIRUGÍA CORRECTIVA DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

Lara Pérez Ynnakhy¹; Gorbea Chávez Viridiana²; Granados Martínez Verónica³; Ramírez Isarraraz Carlos⁴

RESUMEN

Objetivo: Investigar la frecuencia de IUE de novo y recurrencia posterior a la cirugía correctiva de POP con y sin cirugía antiincontinencia y los factores de riesgo asociados para ambos desenlaces quirúrgicos.

Metodología: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron 187 mujeres con POP \geq II, sin y con cirugía antiincontinencia con cinta medio uretral, atendidas en la Clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología. Del expediente electrónico se obtuvieron variables demográficas, clasificación de síntomas urinarios y severidad de la IUE, estadificación de POP-Q, tipo de cirugía correctiva de POP (Grupo 1: histerectomía vaginal + colpoplastia anterior), Grupo 2: HV + CA + colocación de cinta medio uretral concomitante (transobturadora vs retropúbica), R-CALC, diagnóstico urodinámico prequirúrgico e indicación de la cirugía antiincontinencia (Índice de severidad de Sandvik, R-CALC, Incontinencia urodinámica de esfuerzo). Se realizó seguimiento clínico post quirúrgico a 1,3,5 años y se estableció como éxito quirúrgico la ausencia de IUE de novo y recurrencia, establecidas por ausencia de síntomas de IUE, prueba de la tos negativa y/o estudio de urodinamia sin incontinencia urodinámica de esfuerzo. Se determinaron factores de riesgo para la IUE de novo y recurrencia.

Resultados: A 54 mujeres (28.9%) se les realizó HV + CA y a 133 (71.1%) HV + CA + colocación de cinta medio uretral. En el grupo 2, la indicación de cinta mediouretral fue en 19 (14.25%) por índice de severidad de Sandvik, en 86 (64.7%) R-CALC y en 28 (21.05%) incontinencia urodinámica de esfuerzo o mixta con predominio de esfuerzo. Del total de mujeres del grupo 1, presentaron IUE de novo 44 (77.7%) y del total de mujeres del grupo 2, presentaron recurrencia 25 (18.79%) durante el seguimiento a 1,3,5 años.

Los factores de riesgo para IUE de novo fueron: edad mayor de 50 años con OR 9.32 IC 95% (1.77-49.0), más de 3 partos OR 4.52 IC 95% (1.11-18.28), Ba como punto que más prolapsa OR 5.45 IC 95% (1.64-18.05); para recurrencia de IUE fueron: más de 3 partos OR 1.52 IC 95% (1.05-2.21), tabaquismo OR 2.94 IC 95% (1.10-7.87), DM2 OR 5.40 IC 95% (1.57-18.4), IUM prequirúrgica OR 9.62 IC 95% (2.65-34.9), Índice de severidad de Sandvik "severo" OR 4.86 IC 95% (1.01-28.56), prueba de la tos positiva OR 4.34 IC 95% (1.57-12.04), Punto que más prolapsa Cx OR 7.77 IC 95% (2.50-24.1), R-CALC mayor de 35% OR 3.72 IC 95% (1.12-12.38), Incontinencia urodinámica de esfuerzo OR 20.2 IC 95% (2.32-175.8).

Conclusión: La incidencia de IUE de novo a 5 años de seguimiento postquirúrgico es del 42.5% y la recurrencia de IUE es del 14.1%. Los factores de riesgo más importantes para IUE de novo y recurrencia son: resolución del embarazo vía vaginal con antecedente de más de 3 partos, punto de mayor prolapsa Ba y Cx, tabaquismo, diabetes mellitus 2, presencia de IUM, índice de severidad de Sandvik "severo", prueba de la tos positiva, punto que más prolapsa "Cx", R-CALC mayor de 35%, diagnóstico urodinámico prequirúrgico de IUE.

Palabras clave: Incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria mixta, R-CALC, incontinencia urodinámica de esfuerzo, prolapsos de órganos pélvicos, índice de severidad de Sandvik, incontinencia urinaria de esfuerzo de novo, recurrencia.

ABSTRACT

Objective: To investigate the frequency of de novo SUI and recurrence after corrective POP surgery with and without anti-incontinence surgery and the associated risk factors for both surgical outcomes.

Methodology: Retrospective cohort study. 187 women with POP> II, without and with anti-incontinence surgery with a mid-urethral tape, attended at the Gynecological Urology Clinic of the National Institute of Perinatology were included. Demographic variables, classification of urinary symptoms and severity of SUI, POP-Q staging, type of POP corrective surgery (Group 1: vaginal hysterectomy + anterior colpoplasty), Group 2: VH + CA + placement of Concomitant mid-urethral tape (transobturator vs. retropubic), R-CALC, presurgical urodynamic diagnosis and indication for anti-incontinence surgery (Sandvik severity index, R-CALC, Urodynamic stress incontinence). Post-surgical clinical follow-up was performed at 1,3,5 years and the absence of de novo SUI and recurrence was established as surgical success, established by absence of SUI symptoms, negative cough test and / or urodynamic study without urodynamic incontinence. effort. Risk factors for de novo SUI and recurrence were determined.

Results: 54 women (28.9%) underwent HV + CA and 133 (71.1%) HV + CA + mid-urethral tape placement. In group 2, the indication for a mid-urethral tape was in 19 (14.25%) by Sandvik severity index, in 86 (64.7%) R-CALC and in 28 (21.05%) stress urodynamic incontinence or mixed with stress predominance. Of the total women in group 1, 44 (77.7%) presented de novo SUI and of the total women in group 2, 25 (18.79%) presented recurrence during the 1,3,5-year follow-up.

The risk factors for de novo SUI were: age older than 50 years with OR 9.32 95% CI (1.77-49.0), more than 3 deliveries OR 4.52 95% CI (1.11-18.28), Ba as the point with the highest prolapse OR 5.45 95% CI (1.64-18.05); for recurrence of SUI were: more than 3 deliveries OR 1.52 95% CI (1.05-2.21), smoking OR 2.94 95% CI (1.10-7.87), DM2 OR 5.40 95% CI (1.57-18.4), presurgical MI OR 9.62 95% CI (2.65-34.9), Sandvik severity index "severe" OR 4.86 95% CI (1.01-28.56), positive cough test OR 4.34 95% CI (1.57-12.04), Point with more prolapse Cx OR 7.77 95% CI (2.50-24, 1), R-CALC greater than 35% OR 3.72 95% CI (1.12-12.38), Stress urodynamic incontinence OR 20.2 95% CI (2.32-175.8).

Conclusion: The incidence of SUI de novo at 5 years of postoperative follow-up is 42.5% and the recurrence of SUI is 14.1%. The most important risk factors for de novo SUI and recurrence are: vaginal pregnancy resolution with a history of more than 3 deliveries, point of greatest prolapse Ba and Cx, smoking, diabetes mellitus 2, presence of SUI, Sandvik severity index "Severe", positive cough test, point with more prolapse "Cx", R-CALC greater than 35%, presurgical urodynamic diagnosis of SUI.

Key words: stress urinary incontinence, mixed urinary incontinence, R-CALC, stress urodynamic incontinence, pelvic organ prolapse, Sandvik severity index, de novo stress urinary incontinence, recurrence.

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es común en mujeres adultas con una incidencia de hasta el 50%. La compleja relación entre POP e incontinencia urinaria (IU) es probablemente atribuida a su fisiopatología², cuando existe un prolapso importante la uretra se acoda y como consecuencia presenta obstrucción del trato de salida y no es posible evidenciar la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

El riesgo de cirugía para POP es del 7-11%². Las mujeres continentales que se someten a cirugía de POP pueden desarrollar IUE de novo en 16-51%¹, esto sucede al corregir la obstrucción uretral evidenciando una función uretral comprometida preexistente¹.

El diagnóstico preoperatorio de IUE y el tratamiento preciso de mujeres con POP severo puede ser un desafío³. En pacientes continentales con POP severo el cirujano tiene tres opciones; 1: realizar cirugía antiincontinencia de rutina con los riesgos de un tratamiento innecesario y complicaciones, 2: adoptar un manejo expectante en el período postoperatorio reservando una segunda cirugía para pacientes que desarrollen IUE con indicación quirúrgica, 3: realizar pruebas auxiliares como reducción del prolapso en un intento de predecir si desarrollará IUE de novo, utilizar calculadoras predictivas del riesgo como R-CALC^{11,15} o realizar urodinamia con reducción del POP⁴.

En general entre el 5-20% de las mujeres tratadas con cinta medio uretral concomitante a la cirugía para POP presentarán fracaso quirúrgico o recurrencia⁴. Algunos factores están asociados a este fracaso quirúrgico, tales como: el envejecimiento, factores genéticos, obesidad, paridad, resolución obstétrica vaginal, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Los estudios de la IUE de novo y recurrencia posterior a cirugía antiincontinencia son inconsistentes, la búsqueda de factores de riesgo para IUE de novo son inconclusos, no hay estudios en población mexicana que describan la frecuencia de IUE de novo y recurrencia posterior a cirugía de POP con y sin colocación de cinta mediouretral así como los factores de riesgo que incrementen ambos desenlaces quirúrgicos.

El objetivo del estudio es investigar la frecuencia de IUE de novo y recurrencia posterior a la cirugía correctiva de POP con y sin cirugía antiincontinencia y los factores de riesgo asociados para ambos desenlaces quirúrgicos.

METODOLOGÍA

Estudio de cohorte retrospectivo, en mujeres a las que se les realizó cirugía de POP con o sin cirugía antiincontinencia, atendidas en la Clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) entre enero 2016 y marzo del 2021.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con POP \geq II, con y sin cirugía antiincontinencia con cinta medio uretral concomitante. Se excluyeron pacientes con antecedente de cirugía antiincontinencia y recurrencia de IU.

Del expediente electrónico se obtuvieron las siguientes variables: edad (años), peso (Kg), talla (metros), índice de masa corporal (IMC), número de partos, padecimientos crónicos (diabetes mellitus 2), tabaquismo, estado menopáusico, antecedentes obstétricos (uso de fórceps, realización de episiotomía, hijo macrosómico, desgarro perineal severo), síntomas urinarios: presencia o ausencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y severidad de la misma, calculado con el índice de severidad de Sandvik¹⁸ (leve 0-2, moderada 3-6, severa 8-9, muy severa 12), estadificación de POP-Q, tipo de cirugía correctiva de POP (histerectomía vaginal + colpoplastia anterior), colocación de cinta medio uretral concomitante (transobturadora vs retropúbica), R-CALC, diagnóstico urodinámico prequirúrgico e indicación de la cirugía antiincontinencia (Índice de severidad de Sandvik, R-CALC, Incontinencia urodinámica de esfuerzo).

A todas las pacientes se les realizó historia clínica uroginecológica completa, aplicación de cuestionarios de calidad de vida asociada a IU, diario miccional de 3 días. La exploración física fue realizada por médicos residentes de quinto y sexto año de la subespecialidad, incluyó exploración de reflejos perineales, prueba de la tos en posición supina con vejiga llena (300ml aproximadamente), especuloscopia para evidenciar datos clínicos de atrofia urogenital, estadificación de POP-Q, reconocimiento de músculos de piso pélvico (Escala de Oxford modificada¹⁹). A las

pacientes con POP III-IV como parte del protocolo prequirúrgico se les realizó estudio de urodinamia siguiendo las pautas de las guías de buena práctica clínica de la Sociedad Internacional de la Continencia (ICS)¹⁶. El equipo de urodinamia fue MMS (Medical Measurement Systems), con uso de catéteres de aire, vesical y rectal 7Fr, y electrodos de superficie colocados en región perianal para la electromiografía. Se realizó estudio urodinámico completo, con reducción de prolapso con 3 gasas en vagina, con la intención de evidenciar la incontinencia urinaria oculta; se estableció diagnóstico de incontinencia urodinámica de esfuerzo cuando se evidenció pérdida de orina durante la perfilometría dinámica y/o Cistometría de llenado, siguiendo las pautas para diagnóstico establecidas por la ICS¹⁷.

Las pacientes con criterio quirúrgico fueron operadas por tres expertos uroginecólogos en conjunto con el residente del último año de la subespecialidad de Urología Ginecológica. Los procedimientos quirúrgicos se dividieron en dos grupos:

- 1- Histerectomía vaginal (HV) + Coloplastia anterior (CA)
- 2- HV + CA + cinta medio uretral retropúbica (TVT) o transobturadora (TOT).

Se realizó seguimiento clínico post quirúrgico a 1,3,5 años y se estableció como éxito quirúrgico la ausencia de IUE de novo y recurrencia, establecidas de forma subjetiva por ausencia de síntomas de IUE, de forma objetiva con la prueba de la tos negativa y/o estudio de urodinamia sin incontinencia urodinámica de esfuerzo.

Se realizó estadística descriptiva, para las variables cualitativas se determinaron frecuencias. Los grupos de estudio se compararon con las pruebas de t student y χ^2

Se determinaron factores de riesgo para la IUE de novo y recurrencia y se establecieron intervalos de confianza del 95% (IC 95%). El nivel de significancia estadística se determinó con $p \leq 0.05$. Se realizó el cálculo estadístico con el programa SPSS versión 22.

RESULTADOS

Se incluyeron al estudio 187 mujeres con POP III y IV, a 54 (28.9%) se les realizó HV + CA y a 133 (71.1%) HV + CA + colocación de cinta medio uretral. En el grupo 2, 72 (54.13%) mujeres presentaron IUE prequirúrgica, 54 (40.60%) incontinencia urinaria mixta (IUM) con predominio de esfuerzo y 7 (6.27) IUM con predominio de urgencia. De las 67 mujeres que presentaron IUE de novo o recurrencia, 67 (50.37%) presentaron IUE prequirúrgica, 11 (14.1) con escala de severidad de Sandvik leve, 10 (12.8%) moderado, 6 (7.7%) severo y 19 (29.4%) muy severo. En la evaluación prequirúrgica, la prueba de la tos en el grupo 2 fue positiva en 77 (57.89%). Del grupo 2, 96 (72.18%) no fue posible evidenciar la IUE prequirúrgica por urodinamia (incontinencia urodinámica de esfuerzo tipo 0), 28 (21.05%) presentaron incontinencia urodinámica de esfuerzo y 9 (6.77%) la urodinamia fue normal. Del mismo grupo de estudio 30 (22.55%) presentaron R-CALC menor de 35% y 103 (77.45%) mayor e 35%.

En el Cuadro 1 se muestran las características demográficas de la población de estudio.

Cuadro 1. Características sociodemográficas, antropométricas y clínicas de la población de estudio según la cirugía realizada

Variable	Cirugía correctiva de POP III-IV N=187		p
	Grupo 1 (n=54) n (%)	Grupo 2 (n=133) n (%)	
Edad (años)			
<50 años	17 (31.48)	25 (18.89)	0.06
>50 años	37 (68.52)	108 (81.20)	
Menopausia	22 (40.74)	78 (58.64)	0.02
Partos			
<3	22 (40.74)	44 (33.08)	0.32
>3	32 (59.26)	89 (66.92)	
IMC			
<30	46 (85.19)	106 (79.69)	0.38
>30	9 (14.81)	27 (20.31)	
Tabaquismo	25 (29.62)	49 (36.84)	0.34
Diabetes mellitus 2	25 (46.29)	20 (15.03)	0.29
Antecedente de uso de fórceps	6 (11.11)	16 (12.03)	0.86
Antecedente de hijo macrosómico	11 (20.37)	40 (30.07)	0.17
Antecedente de episiotomía	18 (33.33)	35 (26.31)	0.33
Antecedente de desgarro perineal severo	19 (35.18)	42 (31.57)	0.63
POP Prequirúrgico			
III	47 (87.03)	105 (78.95)	0.19
IV	7 (12.97)	28 (21.05)	
Punto que más prolapsa			
Aa	2 (3.70)	5 (3.75)	0.98
Ba	32 (59.25)	73 (54.88)	0.58
C	19 (35.20)	55 (41.37)	0.43
Ap	1 (1.85)	0 (0)	0.11

Abreviaturas:

POP: prolapso de órganos pélvicos

En el grupo 2, la indicación de cinta mediouretral fue en 19 (14.25%) por índice de severidad de Sandvik, en 86 (64.7%) R-CALC y en 28 (21.05%) incontinencia urodinámica de esfuerzo o mixta con predominio de esfuerzo.

Del total de mujeres del grupo 1, presentaron IUE de novo 44 (77.7%) y del total de mujeres del grupo 2, presentaron recurrencia 25 (18.79%) durante el seguimiento a 1,3,5 años.

En el cuadro 2 se muestra el porcentaje de IUE de novo posterior a cirugía correctiva para POP III-IV

El tipo de IU postquirúrgica en el grupo 1 fue IUE en 22 (50.0%) e IUM con predominio de esfuerzo en 22 (50.0%).

El tipo de IU postquirúrgica en el grupo 2 fue IUE en 6 (24.0%) e IUM con predominio de esfuerzo en 19 (76.0%).

El cuadro 3 muestra los factores de riesgo para IUE de novo del grupo 1.

El cuadro 4 muestra los factores de riesgo para recurrencia del grupo 2.

Cuadro 2. Porcentaje de recurrencia e IU de novo en ambos grupos de estudio

	Grupo 1 n=54		Grupo 2 n=133	
1 año	IUE de novo n (%)	Éxito quirúrgico n (%)	Recurrencia n (%)	Éxito quirúrgico n (%)
	10 (18.5%)	44 (81.5%)	1 (0.75%)	132 (99.25%)
	n=54		n=119	
3 años	IUE de novo n (%)	Éxito quirúrgico n (%)	Recurrencia n (%)	Éxito quirúrgico n (%)
	9 (16.66%)	45 (83.34%)	8 (6.7%)	111 (93.3%)
	n= 54		n=111	
5 años	IUE de novo n (%)	Éxito quirúrgico n (%)	Recurrencia n (%)	Éxito quirúrgico n (%)
	23 (42.5%)	31 (57.50%)	16 (14.1%)	95 (85.9%)

Abreviaturas:

IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo

Cuadro 3. Factores de riesgo para IUE de novo del grupo 1

Variable	IUE de novo n=42 n (%)	OR (IC 95%)	p
Edad			
<50	13 (30.95)	1.36 (1.13-1.64)	0.03
≥50	29 (69.05)	9.32 (1.77-49.0)	0.003
Menopausia	22 (52.38)	0.73 (0.60-0.88)	0.03
Partos			
>3	31 (73.80)	4.52 (1.11-18.28)	0.02
IMC			
<30	33 (78.57)	1.23 (0.27-5.56)	0.78
>30	9 (21.43)	0.40 (0.09-1.70)	0.20
Tabaquismo	25 (59.52)	1.15 (0.30-4.38)	0.83
Diabetes mellitus 2	23 (54.76)	0.11 (0.01-0.97)	0.02
Antecedente de hijo macrosómico	9 (21.42)	0.15 (0.03-0.63)	0.006
Antecedente de episiotomía	15 (35.71)	0.64 (0.16-2.46)	0.51
Antecedente de uso de fórceps	6 (14.28)	1.29 (1.11-1.51)	0.18
Antecedente de desgarro perineal severo	13 (30.95)	4.33 (0.50-37.4)	0.15
Punto que más prolapsa			
-Aa	4 (9.52)	1.28 (1.10-1.48)	0.29
-Ba	22 (52.40)	5.45 (1.64-18.05)	0.03
-Cx	14 (33.33)	1.37 (1.14-1.66)	0.02
-Ap	2 (4.75)	0.8 (0.01-0.55)	0.003

Abreviaturas:

IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo

Cuadro 4. Factores de riesgo para recurrencia del grupo 2

Variable	N=25 n= (%)	OR (IC 95%)	p
Edad			
<50	3 (15.8)	0.31 (0.08-1.20)	0.08
≥50	22 (37.3)	3.17 (0.83-12.12)	0.08
Menopausia	14 (38.9)	1.79 (0.68-4.7)	0.23
Partos			
>3	15 (48.4)	1.52 (1.05-2.21)	0.024
IMC			
<30	15 (30.6)	0.83 (0.31-2.22)	0.72
>30	5 (38.5)	1.40 (0.40-4.87)	0.58
Tabaquismo	14 (46.7)	2.94 (1.10-7.87)	0.02
Diabetes mellitus 2	9 (64.3)	5.40 (1.57-18.49)	0.004
Antecedente de hijo macrosómico	6 (40)	1.54 (0.48-4.94)	0.46
Antecedente de episiotomía	8 (30.8)	1.02 (0.74-1.14)	0.86
Antecedente de uso de fórceps	4 (30.8)	0.93 (0.25-3.37)	0.91
Antecedente de desgarro perineal severo	7(31.8)	0.98 (0.34-2.38)	0.97
Tipo de IU			
IUE	4 (18.2)	0.37 (0.11-1.24)	0.10
IUM	11 (73.3)	9.62 (2.65-34.9)	<0.0001
Índice de severidad de Sandvik			
-Leve	1 (9.1)	0.17 (0.02-1.48)	0.07
-Moderado	3 (30)	0.89 (0.21-3.80)	0.88
-Severo	4 (66.7)	4.85 (1.01-28.56)	0.05
-Muy severo	2 (10.5)	0.18 (0.03-0.87)	0.02
Prueba de la tos			
-Positiva	14 (53.8)	4.34 (1.57-12.04)	0.004
Punto que más prolapsa			
-Aa	1 (20)	0.51 (0.05-4.8)	0.55
-Ba	4 (12.9)	0.18 (0.05-0.60)	0.003
-Cx	20 (52.6)	7.77 (2.50-24.14)	<0.0001
-Ap	3 (100)	1.50 (1.27-1.76)	0.22
RCALC			
<35	4 (15.4)	0.26 (0.08-0.89)	0.02
>35	21 (40.4)	3.72 (1.12-12.38)	0.02
Diagnóstico Urodinámico Prequirúrgico			
Tipo 0	16 (35.7)	1.44 (0.55-3.78)	0.45
IUE	7 (87.5)	20.2 (2.32 – 175.8)	<0.0001
Normal	2 (8)	0.11 (0.02-0.53)	0.002

Abreviaturas:

IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo, IU: incontinencia urinaria, RCALC: Risk-calc

En el seguimiento a 1 año, del total de pacientes del grupo 1 (n=54), 10 pacientes (18.5%) presentaron IUE de novo, la cual fue referida por la paciente y se estableció de forma subjetiva con el índice de severidad de Sandvik en 2 (20.0%) por hallazgos a la exploración física (Prueba de la tos positiva) 5 (50%), en 1 se demostró por urodinamia (10.0%) y en 2 (20.0%) por evaluación combinada (exploración física + incontinencia urodinámica de esfuerzo). En el seguimiento a 3 años (n=9), en 3 (33.4%) fue referido por la paciente, 2 (22.2%) manifestado con prueba de la tos positiva, en 2 (22.2%) por urodinamia y en 2 (22.2) % por una evaluación combinada. En el seguimiento a 5 años, la IUE de novo se presentó en 23 (42.5%), en 8 (34.6%) fue referida por la paciente, 5 (21.8%) por exploración física, 5 (21.8%) por urodinamia y 5 (21.8%) por exploración combinada; por otro lado, en el grupo 2, la recurrencia a un año de seguimiento se manifestó en una sola paciente por evaluación combinada, a 3 años de seguimiento fue en 5 (62.5%) por índice de severidad de sandvik, en 1 (12.5%) por estudio de urodinamia y en 2 (25.0%) por evaluación combinada y en el seguimiento a 5 años, la recurrencia de IUE se presentó en 10 (62.5%) referida por la paciente, en 1 (6.25%) por prueba de la tos positiva, en 2 (12.5%) por urodinamia y en 3 (18.75%) por evaluación combinada.

DISCUSIÓN

Los síntomas de la disfunción del piso pélvico son diversos entre ellos el POP y la IU. Con el extenso desarrollo de la cirugía del piso pélvico, la IUE de novo ha recibido una mayor atención⁹.

La evaluación completa de los riesgos para IUE de novo, previo a la cirugía, nos ayuda a tomar una decisión clínica adecuada, la IUE oculta está estrechamente relacionada con la aparición de IUE de novo¹¹.

La literatura muestra una amplia variación en la incidencia de la IUE de novo, en un rango de 4 al 54%¹⁶. Tal variación puede deberse a los diferentes procedimientos quirúrgicos, criterios de inclusión o definición de IU de novo¹¹. Así mismo los resultados pueden variar entre si son evaluados de forma subjetiva u objetiva¹⁹.

La incidencia de IUE de novo a los 5 años de corrección quirúrgica de POP fue de 42.5% en esta población.

La cirugía anti-IUE concomitante a la reparación del POP sin IUE preoperatoria es controversial¹⁷. Algunos médicos consideran que todas las pacientes con reparación vaginal de prolapso deben someterse a cirugía anti-incontinencia⁹. Otros creen que se deben identificar los factores de alto riesgo de IUE de novo antes de realizar cirugía concomitante⁶.

En nuestro estudio la realización de cirugía anti incontinencia concomitante se justificó por tres diferentes indicaciones, clínico; con escala de severidad de Sandvik, con la calculadora de riesgo clínico (R-Calc) e incontinencia urodinámica de esfuerzo. En todos los grupos se encontró una recurrencia similar. En nuestro primer año de estudio se realizaron 133 procedimientos concomitantes.

En algunos países como Dinamarca según Yasmine y cols³, no se realiza identificación de IUE oculta, ni se realizan procedimientos anti incontinencia concomitantes a la cirugía de reparación de prolapso, un ejemplo son los reportes de 2015 donde sólo se realizaron 13 procedimientos concomitantes de 5049 cirugías para prolapso^{3,4}.

En nuestro estudio el porcentaje de mujeres que se sometieron a un procedimiento anti incontinencia concomitante a reparación de prolapso fue de 71.1% que es similar a algunas revisiones sistemáticas reportan porcentajes de 50 a 80%².

Yalda y cols², reportan en una revisión sistemática que los factores de riesgo principales para incontinencia urinaria de novo después de cirugía de prolapso son la edad (>50 años) prueba del pesario positiva, cirugía pélvica previa, obesidad, menopausia y diabetes. En nuestro estudio se determinaron como principales factores de riesgo para IU de novo, edad mayor de 50 años, la resolución del embarazo vía vaginal con > de 3 partos, Punto Ba y Cx como punto de mayor prolapso, siendo los de mayor significancia estadística.

La tasa de recurrencia de incontinencia urinaria de esfuerzo postoperatoria subjetiva (Histerectomía vaginal más cinta mediouretral) es del 10-22% de acuerdo a una revisión sistemática^{12,13}, en nuestro estudio la prevalencia de recurrencia en paciente con cirugía concomitante fue del 14.1% en el seguimiento a 5 años, similar al reportado en la revisión.

La limitaciones que presenta el estudio es el tamaño de la muestra del grupo 1, ya que al ser una muestra pequeña el cálculo de los riesgos para IUE de novo se ve afectado, resultando sin significancia estadística aún a sabiendas de que en la literatura se describen como factores predisponentes para dicha patología y para recurrencia posterior a la colocación de cinta medio uretral; sin embargo, algunas de las fortalezas del estudio es que es el primer estudio en población mexicana, realizado en un hospital de tercer nivel de atención y las cirugías fueron realizadas por un grupo de expertos en el área de piso pélvico femenino.

De acuerdo a los resultados observados en nuestra población, proponemos que la cirugía de POP se realice de forma concomitante con cirugía antiincontinencia en aquellas mujeres que presenten alguno de los distintos factores de riesgo que analizamos para IUE de novo o recurrencia como edad ≥ 50 años, tabaquismo, DM2, antecedente de más de 3 partos, prueba de la tos positiva, R-CALC $\geq 35\%$, el índice de severidad de Sandvik o punto que más prolapsa Ba o Cx, siempre individualizar el manejo quirúrgico en este grupo de pacientes ya que de acuerdo a los resultados son el grupo de mujeres que presentan con mayor frecuencia IUE de novo.

CONCLUSIÓN

La incidencia de IUE de novo a 5 años de seguimiento postquirúrgico es del 42.5% y la recurrencia de IUE es del 14.1%. Los factores de riesgo más importantes para IU de novo son resolución del embarazo vía vaginal, antecedente de más de 3 partos, punto de mayor prolapso Ba y Cx; y para recurrencia son tabaquismo, diabetes mellitus 2, presencia de IUM, índice de severidad de Sandvik “severo”, prueba de la tos positiva, punto que más prolapsa “Cx”, R-CALC mayor de 35%, diagnóstico urodinámico prequirúrgico de IUE.

REFERENCIAS

1. Wang. Chinese Medical Journal. 2017;1-6
2. Moosavi SY. Turk J Urol 2020; 46(6): 427-35
3. Khayyami Y. Int Urogynecol J. 2019; 1-4
4. Jun T. Investig Clin Urol 2017; 58:54-60
5. Sheng MH. JFMA. 2020; 1-8
6. Wu PC. Scientific Reports. 2019; 9:19166
7. Ennemoser S. Int Urogynecol J. 2012; 23:851–855
8. Jelovsek JE. ACOG. 2019; 133, 4, 1-8
9. Cruz RA. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2020; 15–20
10. Lleberia J. Gynecol Obstet 2013, 3:4
11. Jelovsek JE. ACOG. 2014; 23(2):279-287
12. Baessler K. Cochrane Database Syst. Rev. 2018; 1-100
13. Maher C. Cochrane Database Syst. Rev. 2013; 1-271
14. Ellen J.M. Neurourol Urodyn 2012:1-4
15. <https://riskcalc.org/FemalePelvicMedicineandReconstructiveSurgery/>
16. Marcus JD. Neurourol Urodyn. 2018; 37:S50-60
17. Bernard TH. Neurourol Urodyn. 2010; 29:4-20
18. Sandvik H. Neurourol Urodyn. 2000;19(2):137-145
19. Laycock J. Springer. 2002:45-54