

# Incontinencia de orina en el geronte

Investigación de la correlación entre la clínica y los hallazgos urodinámicos

Dr. ROMANO, S. Victor\* - Dr. MARINO RUIZ, Julio - Dr. SOLARI, Juan J. \*\*

## RESUMEN

Se estudiaron clínica y urodinámicamente 138 gerontes de ambos sexos que presentaban I.O., resultando la predicción de la clínica (anamnesis y examen físico) sobre las formas urodinámicas de I.O. muy satisfactoria en las formas puras (75%) y muy pobre en las formas mixtas (30%).

Las formas puras (80,5%) predominaron ampliamente sobre las mixtas (19,5%).

Se propone el manejo clínico del diagnóstico y tratamiento de las formas puras de incontinencia de orina, reservando la urodinamia y otros métodos diagnósticos invasivos para las formas mixtas y los fracasos terapéuticos.

(Revista Argentina de Urología, 55: pág. 10, 1990)

Palabras clave: Incontinencia de orina - Geronte - Urodinámica.

## INTRODUCCION

Observamos con entusiasmo el interés que se ha despertado recientemente en el estudio y tratamiento de la incontinencia de orina en el paciente añoso, es decir, en el individuo mayor de 65 años. Como lo demuestran Diokno y col. (1), en casi 2.000 gerontes encuestados, la prevalencia de incontinencia de orina fue de 20% en los hombres y 40% en las mujeres, aproximadamente.

El diagnóstico clínico de los mecanismos productores de incontinencia de orina diferiría respecto del adulto, ya que en el geronte se sumarían ciertos factores como una mayor incidencia de formas mixtas, por ejemplo, capaces de alterar lo correcto de este diagnóstico, requiriendo, por lo tanto, según ciertos autores como Straskin (9), Ouslander (4) o Gallego

(3), de técnicas complementarias en general invasivas (urodinamia, endoscopia, radiología, etc.) para asegurar este diagnóstico, mientras otros, como Diokno (2), Reznik (8), Wein (10), sostienen que la alta predictibilidad de un algoritmo clínico (basado en la anamnesis y el examen físico fundamentalmente) es suficiente para encarar razonablemente un tratamiento incruento (farmacológico, fisioterápico, etc.) reservando los estudios invasivos ante el fracaso de la terapéutica instituida. Nosotros, en términos generales, adherimos a esta última posición (5) (6) (7).

El objetivo de este trabajo fue demostrar nuestra capacidad de predecir clínicamente las formas de incontinencia de orina en el geronte, específicamente.

## MATERIAL Y METODO

Se incluyeron en este estudio 269 pacientes, 100 mujeres y 169 hombres con una edad promedio de

**SAU**

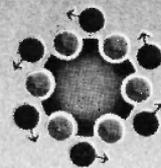
\* Jefe de Sección Urodinamia.

\*\* Jefe del Servicio de Urología.

Hospital Español de Buenos Aires.

# Eulexin®

Única Flutamida original



	EULEXIN®	Acetato de Ciproterona	DES
Tan efectivo como DES	● 1,2,3,4	● 5,6,7	●
Mejora las respuestas cuando se combina con castración	● 8,9,10,11	● 12,13,14	●
Ausencia de riesgos cardiovasculares	● 1,2,4	● 5,15,16	● 27
Antiandrógeno Puro	● 17,18,19	● 17,20,21,22	●
Preservación de la libido y la potencia sexual	●+ 2,3,4,23	● 7,24	● 27
Utilización con Alcohol	●	● 26	●
Utilización en pacientes diabéticos	●	● 26	● 27
Ginecomastia	● 10,25 28	● 5,16,24	● 27

● Favorable  
(o nada si es secundarismo)

● Desconocido o  
no comprobado

● Desfavorable  
(o frecuente si es secundarismo)

+ Únicamente cuando se lo utiliza en pacientes no castrados.

++ Con FLUTAMIDA, Ginecomastia sólo aparece en monoterapia.

No se observa este secundarismo cuando se utiliza EULEXIN combinado con castración.

## Solo o combinado con castración, haga de Eulexin su producto de elección.

- R. Neri, N. Kassem, Prog. Cancer Res. Ther. 1984, 31:507-518
- P.C. Sogani et al, Cancer 1984, 54:744-750
- M.A. Keating et al, Proc. Amer. Urol. Assoc. New York, May 1986
- F. Lund, F. Rasmussen, Brit. J. Urol. 1988, 61:140-142
- M. Pavone-Macaluso et al, J. Urol. 1986, 136:624-631
- A.J. Melamed, Drug Intell. Clin. Pharm. 1987, 21:247-54
- D. Beurton et al, Prostate Cancer Part A: Research, Endocrine Treatment and Histopathology, p.369-377, 1987 Alan R. Liss Inc.
- E.D. Crawford et al, J. Urol. 1987, 137:256A
- M. Pastorello et al, J. Endocrinol. Invest. 1987, 10: suppl. 2
- K.P. Delaere et al, Proc. IV European Conf. Clin. Onc. Canc. Nurs., Spain, Nov. 1987
- F. Labrie et al, J. Steroid Biochem. 1985, 23:833-841
- H. Schulze et al, J. Urol. 1987, 137:909-911
- F.H. Schroeder, J. Urol. 1987, 137:912-918
- M. Robinson, Prostate Cancer Part A: Research, Endocrine Treatment and Histopathology, p.383-390, 1987, Alan R. Liss Inc.
- K.J. Tvetter, Scan. J. Urol. Nephrol. 1978, 12:115-118
- U.W. Tunn et al, The Therapy of Advanced Carcinoma of the Prostate, ed H. Klosterhalfen, pub.-Schering A.G. West Germany 1984, p.67-75
- P. Poyet, F. Labrie, Mol. Cell. Endocrin. 1985, 42: 283-288
- R. Neri et al, Endocrinology 1972, 91:427-437
- R. Neri, M. Monahan, Invest. Urol. 1972, 10:123-130
- R. Neri et al, Eur. J. Pharmacol. 1967, 1:438-444
- W.H. Wotiz, A.M. Trasch, Proc. Int. Cong. Endocrin. Malig., April 1986, Rome, Italy
- K.J. Graf et al, J. Reprod. Fertil. 1974, 39:311-317
- R.A. Airhart et al, South. Med. J. 1978, 71:798-801
- G.H. Jacobi, Brit. J. Urol. 1980, 52:208-215
- F. Labrie et al, In: Important Advances in Oncology, V.T. DeVita, S. Hellman, S.A. Rosenberg eds, p.193-217, 1985
- Androcur product monograph
- Stilbestrol product monograph
- EULEXIN product monograph

 Schering-Plough

# **Noroxin<sup>®</sup>**

(norfloxacina, MSD)

## **AGENTE UROESPECIFICO**

*Marca Registrada, Merck & Co. Inc.,  
Rahway, New Jersey, U.S.A.*

**MSD**  
**MERCK**  
**S. JAIFFÉ**  
**DOHME**  
**ARGENTINA**

71,4 años (R: 65-84) que fueron evaluados urodinámicamente en el laboratorio de urodinamia del Servicio de Urología del Hospital Español de Buenos Aires por diversos trastornos miccionales, de los cuales 138 (51,5%) presentaron alguna forma de incontinencia.

Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaron trastornos neurológicos mayores y/o mentales.

Todos estos pacientes fueron evaluados previamente mediante anamnesis y examen físico formulando un diagnóstico presuntivo clínico del mecanismo productor de incontinencia de orina.

Dicho diagnóstico clínico fue comparado con el diagnóstico urodinámico (6) para establecer el grado de correlación entre ambos (predictibilidad).

La predictibilidad fue considerada correcta cuando ambos diagnósticos coincidieron.

Definiciones, métodos y medidas de acuerdo con los estándares propuestos por la Sociedad Internacional para la Continencia.

## RESULTADOS

Como aspectos salientes de los estudios urodinámicos practicados veremos que:

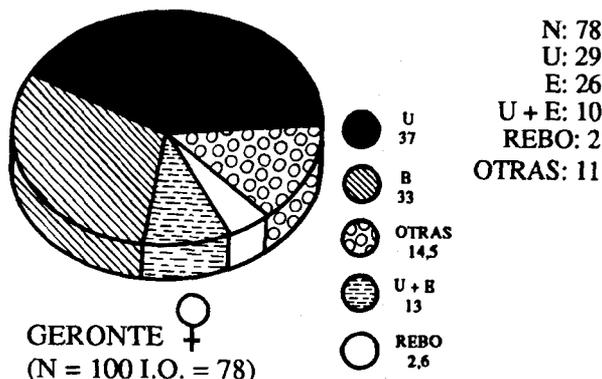
- Existe una alta incidencia de incontinencia de orina en el geronte respecto de la población adulta estudiada urodinámicamente por nosotros; sobre 269 gerontes estudiados, 138, es decir 51,5%, presentó incontinencia de orina, señalando un franco predominio en las mujeres donde la incontinencia estuvo presente en 78%.
- Se demostró una alta incidencia de inestabilidad vesical: 65%, con un franco predominio en el hombre (73%); encontrándose asimismo en este grupo de hombres una importante asociación a la obstrucción infavesical (65%).

Debemos señalar que en este grupo de pacientes (hombres) estudiados, urodinámicamente, faltan muchos inestables no obstruidos, que no fueron estudiados urodinámicamente por presentar una flujometría normal.

- Predominio general de las formas puras de I.O. sobre las mixtas: 80,5% y 19,5%, respectivamente.
- Las formas fisiopatológicas de incontinencia de orina en las mujeres fueron las siguientes (gráfico 1):

### GRÁFICO 1

Formas de I.O. (urodinámicas): en %



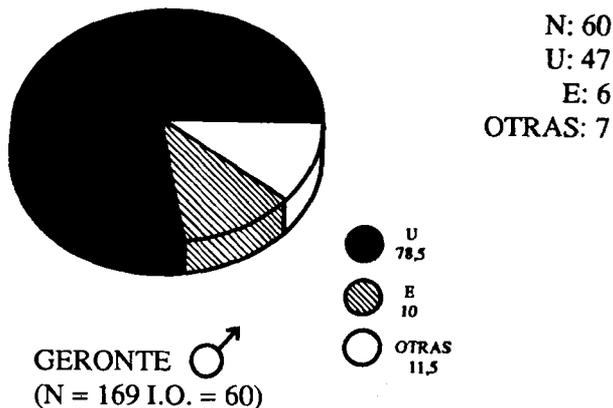
N=NUMERO E=ESFUERZO U=URGENCIA REBO=REBOZAMIENTO

Notándose predominio de la I.O.U. sobre las otras formas, así como un alto porcentaje (72,5%) de formas puras.

- En el hombre, la distribución de las formas fisiopatológicas de incontinencia de orina fueron las siguientes (gráfico 2):

### GRÁFICO 2

Formas de I.O. (urodinámicas): en %



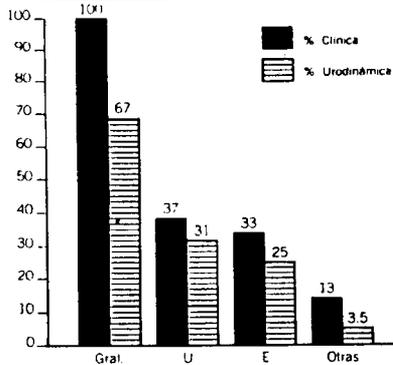
N=NUMERO E=ESFUERZO U=URGENCIA REBO=REBOZAMIENTO

Con una incidencia de 86,5% de formas puras, notándose un predominio absoluto de la I.O.U.

- Predictibilidad: fueron realizados diagnósticos clínicos correctos en 67% de las mujeres, considerada la I.O. en general, pero observándose que la distribución no es igual, ya que en las formas puras el porcentaje de diagnósticos correctos es superior (gráfico 3).

### GRAFICO 3

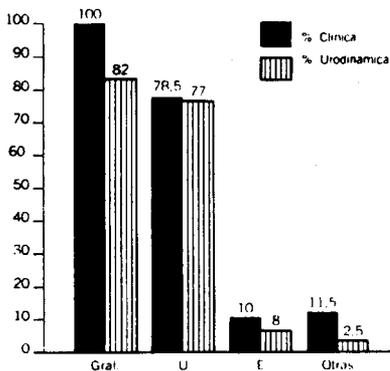
Predictibilidad clínica-urodinámica  
Geronte N: 100 - I.O.: 78



En el hombre la predictibilidad en las formas puras es también muy alta e incluso mayor que en la mujer, manteniéndose una pobre predicción clínica en las formas mixtas (gráfico 4).

### GRAFICO 4

Predictibilidad clínica-urodinámica  
Geronte N: 169 - I.O.: 60



## CONCLUSIONES

De lo anteriormente expuesto surge que existe un franco predominio de las formas puras fisiopatológicas de I.O. en el geronte, superior al 80% en nuestro grupo estudiado. La predictibilidad de la clínica, próxima a 75%, sobre las formas puras de I.O. es confia-

ble, no resultando así cuando se trata de formas mixtas.

- Creemos que nuestra alta predicción clínica depende de un minucioso interrogatorio dirigido y de un concienzudo examen físico.

- En consecuencia, es válido plantear el tratamiento médico o quirúrgico de las formas puras de I.O. diagnosticadas por la clínica, reservando los estudios invasivos para las formas mixtas y los fracasos terapéuticos.

## BIBLIOGRAFIA

1. DIOKNO, A: "Highlights of an International Conference". William Beaumont Hospital, USA, 1988.
2. DIOKNO, A.; BROWN, M. B.; BROCK, B. M.; REGULA HERZOG, A. y NORMOLLE, D.: "Clinical and cystometric characteristics of continent and incontinent noninstitutionalized elderly". J. Urol., 140, 567, 1988.
3. GALLEGO, J. y Col.: "Correlación clínico-urodinámica en los síndromes miccionales femeninos". Urodinámica aplicada 1/1988, pág. 48. Barcelona, España.
4. OUSLANDER, J.; STASKIN, D.; RAZ, S.; SU, H. L. Y HEPPE, K.: "Clinical versus Urodynamic diagnosis in an incontinent geriatric female population". J. Urol., 137, 68, 1987.
5. ROMANO, S. V.: "La incontinencia de orina femenina". Tesis de doctorado en medicina U.B.A., 1984.
6. ROMANO, S. V.; MARINO RUIZ, J.; GONZÁLEZ, O. E.; SOLARI, J. J.: "Diagnóstico clínico de la incontinencia de orina". S.A.U. 1988. En prensa.
7. ROMANO, S. V.; VIVONE, F.; MARINO RUIZ, J.; SOLARI, J. J.; GORI, J.: "Valor de la urodinamia en el diagnóstico de la I.O. femenina". XXIII Reunión anual F.A.S.G.O., San Luis, 1988. En prensa.
8. REZNIK, D.: "Highlights of an International Conference". William Beaumont Hospital, USA 1988.
9. STASKIN, D.; OUSLANDER, J.; ZIMMERN, P. Y RAZ, S.: "The Clinical and Urodynamic characteristics of an elderly female population". J. Urol., 133, 127, 1985.
10. WEIN, A.: "Clinical versus Urodynamic diagnosis in an incontinent geriatric female population". Editorial comment. J. Urol., 137, 68, 1987.

## COMENTARIO

Agradezco la deferencia de solicitarme el comentario del trabajo de los Dres. Romano, Ruiz y Solari. Es destacable hasta qué punto la urodinamia se ha impuesto como auxiliar diagnóstico del urólogo, co-

SAU

mo para que establezcamos comparaciones con la sola observación clínica, basada en una adecuada experiencia.

En apoyo de la presentación de los autores, creo que la clínica desempeña un importante papel en la evaluación de la incontinencia urinaria del geronte. Asimismo compartimos la preocupación por evitar, de ser posible el uso de técnicas invasoras para fines diagnósticos y nos parece razonable el objetivo de intentar predecir clínicamente el diagnóstico de las incontinencias del geronte. Dicho diagnóstico clínico fue correcto en 75% de los casos de formas puras de incontinencia. No se obtuvo un diagnóstico tan confiable en las formas mixtas.

Creo que el criterio expresado por los autores se aplica especialmente a las indicaciones de tratamiento clínico.

Respecto de la conclusión de que sería válido plantear el tratamiento de formas puras de incontinencia, por medios quirúrgicos, luego de ser diagnosticadas por la clínica, reservando los estudios in-

vasores para las formas mixtas, creo que se corre el riesgo de aumentar el índice de fracasos que ocurren en el tratamiento quirúrgico por accidental omisión de algún factor urodinámico condicionante.

Raz dice, en su libro de Neurología, que la apropiada evaluación del paciente incontinente juega un rol vital en la elección del método óptimo del manejo del mismo, requiriendo el hombre y la mujer distintos tipos de evaluación por las diferencias anatómicas de los mecanismos de continencia.

Es en estos casos don de a mi criterio debe emplearse el estudio urodinámico, combinado con métodos radiológicos endoscópicos, electromiográficos, etc., de ser necesario.

Pero adhiero a la idea de la simplicidad de los estudios clínicos especialmente en el geronte que no será pasible de tratamiento quirúrgico.

Considero que la difusión de este trabajo es un paso positivo en ese sentido.

**Dr. Mario Eduardo Sember**



## **URODIAGNOSTICO S.A.**

JUNIN 1372 - PB "A" Y 1º PISO "C" (1113) BUENOS AIRES  
TE. 83-3393/3357/3319

- URODINAMIA
- ECOGRAFIA TRANSRECTAL DE PROSTATA Y VESICULAS SEMINALES
- PUNCION BIOPSIA DE PROSTATA ECODIRIGIDA
- TEST DE TUMESCENCIA PENEANA
- ECOVASCULAR PENEANO Y DEL CORDON ESPERMATICO
- ESTUDIOS NEUROFISIOLOGICOS
- POTENCIALES EVOCADOS VESICOGENITALES
- TEST FARMACOLOGICOS
- LASER TERAPIA - ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE
- PENOSCOPIAS