

Revisión urodinámica de la terapia neural en la vejiga irritable motora y sensitiva

R. Spagnol, P. Riss

2. Clínica Universitaria de Ginecología, Viena (Dirección: Prof. Dr. H. Janisch)

Resumen

Tratamos mediante inyecciones parauretrales de un anestésico local a 10 pacientes diagnosticadas por anamnesis y urodinamia de vejiga irritable motora o sensitiva. Tras la exploración clínica y urodinámica aplicamos en la región de transición vésico-uretral parauretralmente a izquierda y derecha cada vez 2,5 ml de una solución de lidocaína al 1% y Kollidon, para retardar la reabsorción (Xyloneural[®]), a intervalos de 2 semanas y tres veces en total. A las 2 semanas de la última inyección realizamos una nueva exploración urodinámica.

Los síntomas subjetivos que presentaban las pacientes mejoraron claramente: respecto a la sintomatología de la vejiga irritable, tras la 3ª inyección 3/10 mujeres estaban asintomáticas, 6/10 mujeres refirieron una clara mejoría y una mujer una leve mejoría. Tras la terapia neural, el volumen vesical medio con el primer deseo miccional fue significativamente mayor respecto al valor inicial ($p = 0,02$); todos los restantes parámetros urodinámicos no mostraron ninguna variación. No se observó ningún efecto secundario. La inyección parauretral de anestésicos locales es un método terapéutico que en el caso de vejiga irritable puede aportar éxitos no sólo subjetivos, si no también urodinámicamente mesurables.

Evaluación urodinámica del efecto de la terapia neural en la urgencia urinaria motora y sensitiva.

Tratamos a 10 pacientes afectadas de urgencia urinaria motora y sensitiva por medio de inyecciones parauretrales de un anestésico local. Tras el estudio clínico y urodinámico aplicamos por vía transvaginal a la derecha y la izquierda de la unión uretrovesical 2,5 ml de solución de lidocaína al 1% y Kollidon para retrasar la absorción (Xyloneural[®]). Cada ciclo de tratamiento consistió en 3 inyecciones con intervalos de 2 semanas entre inyecciones. 2 semanas tras la última inyección se repitió el estudio urodinámico.

Todas las pacientes mejoraron con la terapia: respecto a los síntomas de urgencia y frecuencia tras la 3ª inyección 3/10 mujeres estaban asintomáticas, 6/10 mujeres informaron de una marcada mejoría, y una mujer de una leve mejoría. El volumen vesical medio con el primer deseo miccional aumentó significativamente tras la terapia neural ($p = 0,02$); otros parámetros urodinámicos no se vieron afectados. No se observaron efectos secundarios. Concluimos que la inyección parauretral de un anestésico local es un tratamiento simple y efectivo en el caso de la incontinencia de urgencia motora y sensitiva.

Introducción

El tratamiento conservador de la vejiga irritable es a menudo insatisfactorio. Incluso el gran número de métodos terapéuticos hasta hoy descritos sugieren que todavía no se ha encontrado una terapia exitosa para todos los casos. Una vez descartado el origen orgánico, como por ejemplo una obstrucción infravesical o un tumor vesical, el tratamiento actualmente de elección es farmacológico con parasimpaticolíticos de acción específica o relajantes musculares. En casos individuales la sustitución hormonal también puede ser exitosa. Sin embargo, muchos pacientes son escépticos frente a la terapia farmacológica, ya sea por sus efectos secundarios o por "hartazgo de pastillas".

La terapia neural es una terapia interesante y no convencional. Se fundamenta en el tratamiento a través del sistema neurovegetativo mediante la inyección de un anestésico local, que debido su alto potencial propio, produce la repolarización y estabilización de los potenciales disminuidos de la membrana celular dañada por irritación. Así, la función interferida de los circuitos cibernéticos reguladores vuelve a accionarse cuanto menos temporalmente (3).

Tratamos, según las experiencias de *Döge*, a pacientes con vejiga irritable motora o sensitiva demostrada por anamnesis e urodinamia mediante inyecciones parauretrales de una solución de

lidocaína (2). Los resultados sorprendentemente positivos nos llevaron al estudio prospectivo y objetivación urodinámica de una muestra de diez mujeres no seleccionadas.

Material y método

Para la estudio se incluyeron a diez mujeres diagnosticadas de vejiga irritable motora y sensitiva, y para las que no había prevista cirugía. La incontinencia de esfuerzo coexistente no fue un motivo exclusión. La tabla 1 muestra la composición del grupo de pacientes. La anamnesis se realizó mediante el cuestionario postulado por *Gaudenz*, que asegura una buena concordancia respecto al diagnóstico urodinámico (6,10). Tras realizar el examen del sedimento y el cultivo de orina se practicó la exploración urodinámica, que consistía en una cistometría mediante llenado de la vejiga con una solución salina fisiológica y a continuación en una uretrocistometría postperfusión simultánea en decúbito (7). Para descartar respectivamente una lesión orgánica en la vejiga o una obstrucción infravesical, en casos individuales realizamos una cistoscopia y una calibración uretral mediante sonda bougie à boule.

Tabla 1

Grupo de pacientes (n = 10)		
Edad (x̄, años)	60,3	(40-72)
Premenopausia		2
Postmenopausia		8
Partos 0		2
1-3		7
≥4		1
Cirugía previa: histerectomía		6
Colporrafia		7
Otras		-
Síntomas climatéricos		4

Tras fijar con el espéculo la pared vaginal anterior y desinfectar la misma inyectamos a cada lado a izquierda y derecha 2,5 ml de solución de lidocaína al 1% con Kollidon para retrasar la reabsorción (Xyloneural®, Gebro, Fieberbrunn) parauretralmente en abanico hacia la región de transición vesicouretral. La inyección no es dolorosa para la paciente. A continuación introducimos en el tercio externo de la vagina un tampón para asegurar la hemostasia y pedimos a la paciente que lo retire el mismo día. A la 2ª y a la 4ª semana repetimos de la misma forma las inyecciones con Xyloneural y preguntamos a las pacientes por los posibles cambios respecto a los síntomas. 2 semanas tras la última inyección volvimos a realizar la exploración urodinámica.

Las indicaciones de las pacientes las clasificamos desde (-) empeoramiento hasta (+++) asintomática.

Resultados

Ninguna de las pacientes sometidas a terapia neural presentó empeoramiento (Tabla 2). 2 semanas tras la primera inyección 4 de 10 mujeres reportaron ya una ostensible mejoría. 4 mujeres no observaron ningún cambio en su sintomatología. 2 semanas tras finalizar el tratamiento – o sea, tras la 3ª inyección – el resultado fue incluso mejor: respecto a la sintomatología de la vejiga irritable 3/10 mujeres estaban asintomáticas, 6/10 mujeres reportaron una ostensible mejoría y una mujer reportó una ligera mejoría.

Esta mejoría quedó, sin embargo, sólo reflejada parcialmente en los resultados urodinámicos (Tabla 3). En 3/10 mujeres se observaron en la exploración inicial contracciones no inhibidas del detrusor (hiperactividad); a las 2 semanas de la última inyección estas contracciones del detrusor estaban presentes en cada una de las 3 mujeres a pesar de la ostensible mejoría subjetiva (++) . Los valores de presión vesical medios, la capacidad vesical máxima y la presión uretral máxima en reposo no mostraron de promedio ninguna diferencia significativa antes y después de la terapia neural (*Wilcoxon signed Rank test*). Sin embargo, tras la terapia neural el volumen vesical medio con el primer deseo

miccional era significativamente mayor respecto a los valores iniciales (*Wilcoxon signed Rank test*, $p = 0,02$).

Discusión

La vejiga irritable (con deseo miccional aumentado y prematuro) y la vejiga inestable (con la de ello resultante incontinencia de urgencia) es para las pacientes afectadas una dolencia comprometedor de patogenia compleja. »El síndrome uretral«, »la uretrotrigonitis«, las cirugías previas, así como las causas idiopáticas y por último psicósomáticas acaban en trastornos de la función vesical (5). La diversidad de métodos terapéuticos hasta la fecha aceptados, que van desde la intervención quirúrgica – denervación parcial de la vejiga (8), cistolisis (13), neurectomía sacral selectiva (12) – pasando por una serie de medidas farmacológicas (10) hasta la combinación de diferentes estrategias mediante el método *Frewen* (5), evidencian que el tratamiento de elección todavía no se ha hallado.

El método aquí expuesto y comprobado tampoco pretende ser la clave para este problema terapéutico. En contra de esto habla ya por sí sola la persistencia de las contracciones incontroladas del detrusor tras la terapia neural. Según *Bänninger y Kunz* (1), las contracciones incontroladas del detrusor ya son por sí solas importantes para el diagnóstico urodinámico de la incontinencia de urgencia. Sin embargo, mediante la terapia neural también pudimos obtener mejoras subjetivas en los casos de incontinencia de urgencia motora.

La inyección parauretral de anestésicos locales presenta frente a otros métodos terapéuticos ventajas no desdeñables. El efecto subjetivo aparece rápidamente y sin efectos secundarios si se tienen en cuenta las conocidas contraindicaciones de los anestésicos locales. El porcentaje de éxito de este tipo de terapia es claramente superior a muchos de los métodos descritos en la literatura. Sólo es comparable con el método *Frewen* – con todos sus efectos secundarios debido a los fármacos recetados (5) – y con los ejercicios sistemáticos de dilatación vesical programados durante un ingreso hospitalario (9). La manifestación objetivable de la mejora subjetiva es el retardo del primer deseo miccional: el volumen de llenado con el que durante la cistometría aparecía el primer deseo miccional era significativamente mayor.

Los efectos de la terapia neural han sido confirmados y objetivados por distintos autores (4). Una de las ventajas de la terapia neural radica en que no es necesaria medicación suplementaria y que el tratamiento se puede realizar de forma rápida y totalmente asintomática.

La inyección parauretral de anestésicos locales es un método terapéutico sin efectos secundarios que, por lo menos en el caso de la vejiga irritable, puede aportar éxitos no sólo subjetivos sino también urodinámicamente cuantificables.

Tabla 2 Variaciones de los síntomas subjetivos tras la inyección parauretral con Xyloneural (Leyenda: - empeoramiento, O ninguna variación, + mejoría, ++ clara mejoría, +++ asintomática)

Pac. núm.	Datos anamnéticos según la escala de urgencia/estrés antes del comienzo de la terapia			Datos de las pacientes tras la		
	Escala de urgencia	Escala de estrés	Recuadro diagnóstico <i>(n. del t: según el cuestionario de incontinencia de Gaudenz)</i>	1ª Inyección	2ª Inyección	3ª Inyección
1	10	5	MR 3	O	O	++
2	10	2	MR 3	O	+	++
3	9	3	MR 3	++	++	+++
4	17	2	MR 1	++	++	++
5	14	2	MR 1	O	+	++
6	16	3	MR 1	++	+	+
7	15	6	MR 1	++	++	++
8	12	7	MR 4	O	+++	+++
9	10	7	MR 4	+	+++	+++
10	10	6	MR 3	+	++	++

Tabla 3 Hallazgos Urodinámicos previos al inicio de la terapia y tras la triple inyección de Xyloneural

Pac. núm,	Previo al inicio de la terapia		Tras la terapia neural						
	Presión vesical (mmHg) A	Volumen vesical (ml) B	PUM (mmHg)	Hiperactividad	Presión vesical (mmHg) A	Volumen vesical (ml) B	PUM (mmHg)	Hiperactividad	Variación Subjetiva
1	7/ 80	8/250	30	O	5/150	6/250	35	O	++
2	2/150	9/200	22	O	4/200	8/300	40	O	++
3	8/ 80	10/220	25	O	8/100	10/300	18	O	+++
4	6/ 50	10/250	30	+	5/120	7/200	22	+	++
5	7/ 80	10/200	37	O	6/ 50	8/100	34	O	++
6	9/ 50	10/150	22	O	8/100	11/200	16	O	+
7	8/100	*	18	+	7/170	13/300	18	+	++
8	5/ 50	7/220	25	O	7/130	9/250	25	O	+++
9	5/ 30	8/150	30	O	6/ 50	8/250	25	O	+++
10	8/100	9/300	15	+	8/100	10/300	15	+	++

Leyenda: (A) primer deseo miccional, (B) capacidad vesical máxima, PUM – presión uretral máxima en reposo, * micción espontánea en chorro inmediatamente posterior al primer deseo miccional, variación subjetiva: + ligera mejoría, ++ ostensible mejoría, +++ asintomática