

Estudio prospectivo: uropatía obstructiva alta y baja en prolapso de los órganos pélvicos

J. Ferreiro Ferrando¹, D. Paciel Silva²

Resumen

Estudio prospectivo y descriptivo, que incluye pacientes que presentaron prolapso de los órganos pélvicos de tercer o cuarto grado según clasificación POP-Q, en el periodo enero del 2017 a junio del 2018.

Se incluyeron 32 pacientes (n: 32), de las cuales 25 correspondieron a prolapsos de tercer grado y en 7 casos de cuarto grado.

El objetivo del estudio fue determinar las pacientes con prolapso de los órganos pélvicos que presentaban uropatía obstructiva alta (UOA) crónica, secundaria al POP, al momento de la presentación, compensada o no, unió bi-

lateral, asociada o no a una uropatía obstructiva baja concomitantemente. Rutinariamente se solicitó ultrasonografía del aparato urinario. La UOA determina una complicación grave provocando una alteración anatómica y funcional del aparato urinario; que evolutivamente puede determinar una enfermedad renal crónica e inclusive conlleva en muchos casos a la enfermedad renal extrema. De los resultados un 15,6% del total presentaban UOA crónica compensada ó no; y dentro del subgrupo de las pacientes con prolapso de cuarto grado llegaron a constituir el 71,4%.

Conclusión: en caso de pacientes con prolapso de cuarto grado (POPQ) el riesgo de presentar una uropatía obstructiva alta es elevado, por lo tanto debe descartarse la presencia de UOA secundaria al POP, dada su alta prevalencia y la relevancia pronóstica de esta grave complicación, de presentación clínica silente en la mayoría de los casos. La UOA secundaria al POP cons-

1. Prof. Adjunto de la Clínica Ginecotológica "B". Prof. Dr. W. Lauría. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Unidad Uroginecología - Piso Pélvico Mutualista Médica Uruguaya
2. Unidad Uroginecología - Piso Pélvico Mutualista Médica Uruguaya
Unidad Uroginecología - Piso Pélvico del Centro Médico de Salto

Correspondencia al Dr. Javier Ferreiro
Email:Ferreirojavier971@gmail.com

Recibido: 06/09/18. Aceptado: 10/12/18

tituye una urgencia uroginecológica y la resolución mediante derivaciones urinarias transitorias o resolución quirúrgica definitiva se imponen a la brevedad.

Palabras clave: Prolapso de los órganos pélvicos, uropatía obstructiva alta, prolapso 4 grado, POP-Q.

UOA secondary to POP constitutes an urogynecological emergency and resolution by transient urinary diversions or definitive surgical resolution is imposed as soon as possible.

Key words: Prolapse of the pelvic organs, high obstructive uropathy, prolapse 4 grade, POP-Q.

Abstract

Prospective and descriptive study, which includes patients who presented prolapse of the pelvic organs of third or fourth degree according to POP-Q classification, in the period January 2017 to June 2018.

32 patients were included (n: 32), of which 25 corresponded to prolapse of the third degree and in 7 cases of the fourth degree.

The objective of the study was to determine the patients with prolapse of the pelvic organs that presented chronic high uropathy (UOA), secondary to POP, at the time of presentation, compensated or not, unilateral or bilateral, associated or not with a low obstructive uropathy concomitantly. Ultrasound of the urinary system was routinely requested. The UOA determines a serious complication causing an anatomical and functional alteration of the urinary system; that can evolutionarily determine chronic kidney disease and even leads in many cases to extreme kidney disease. Of the results, 15.6% of the total presented chronic UOA compensated or not; and within the subgroup of patients with prolapse of the fourth degree came to constitute 71.4%.

Conclusion: in the case of patients with fourth-degree prolapse (POPQ) the risk of presenting a high obstructive uropathy is high, therefore the presence of UOA secondary to POP should be ruled out, given its high prevalence and the prognostic relevance of this serious complication of silent clinical presentation in most cases.

INTRODUCCIÓN

La asociación entre prolapso de órganos pélvicos y uropatía obstructiva es conocida,⁽¹⁾ pero en pocas oportunidades se sospecha o se intenta descartar. En raras ocasiones se alcanza el grado de provocar secundariamente un cuadro de insuficiencia renal graves.^(2,3) La gravedad de la complicación depende del tiempo de la obstrucción y del grado del prolapso.⁽⁴⁾⁽¹⁾

TIPOS DE UROPATÍA OBSTRUCTIVA EN PROLAPSOS

A las uropatías obstructivas las podemos agrupar en altas y bajas, agudas y crónicas, uni o bilaterales⁽⁵⁾, compensadas o no al igual que en el caso de complicaciones. La uropatía obstructiva alta es aquella donde se produce una obstrucción proximal a la proyección de los meatos ureterales, determinando una repercusión anatómica y urodinámica funcional como es la dilatación de la vía excretora.⁽⁶⁾ En caso de persistir la obstrucción, condiciona una repercusión funcional que evolutivamente determina un deterioro de la función renal, pudiendo determinar la necesidad de diálisis.^(7,8)

Cuando la obstrucción es distalmente a la proyección de los meatos ureterales (vesical y/o uretral) se establece una uropatía obstructiva baja, lo cual determina una modifi-

cación urodinámica, alterando la fase miccional.⁽⁹⁾ Evolutivamente se establecen complicaciones anatómicas vesicales como hipertrofia muscular (vejiga de lucha), distensión vesical con la consiguiente retención crónica incompleta de orina (RCIO) y en su máxima expresión la retención crónica completa (RCCO), destacando que estos cambios anatómicos y funcionales son determinantes luego de la resolución del POP en cuanto a las alteraciones funcionales crónicas, o sea que luego de superada la obstrucción, puede persistir con alteraciones funcionales.

MECANISMO DE LA OBSTRUCCIÓN DEL APARATO URINARIO

Los prolapsos podemos clasificarlos en 4 grados, antiguamente se utilizaba la clasificación de Welker Beitler pero actualmente se prefiere utilizar la clasificación utilizada por la Sociedad Internacional de Continencia (CSI) y por la Sociedad Internacional de Uro-

ginecología (IUGA), la cual es el POP-Q (figura 1).

La clasificación POP-Q utiliza cuatro grados.

Grado 0: ausencia de prolapso.

Grado 1: la medida más distal se mantiene por encima del himen, mayor o igual a -1

Grado 2: la medida más distal se sitúa entre -1 y +1

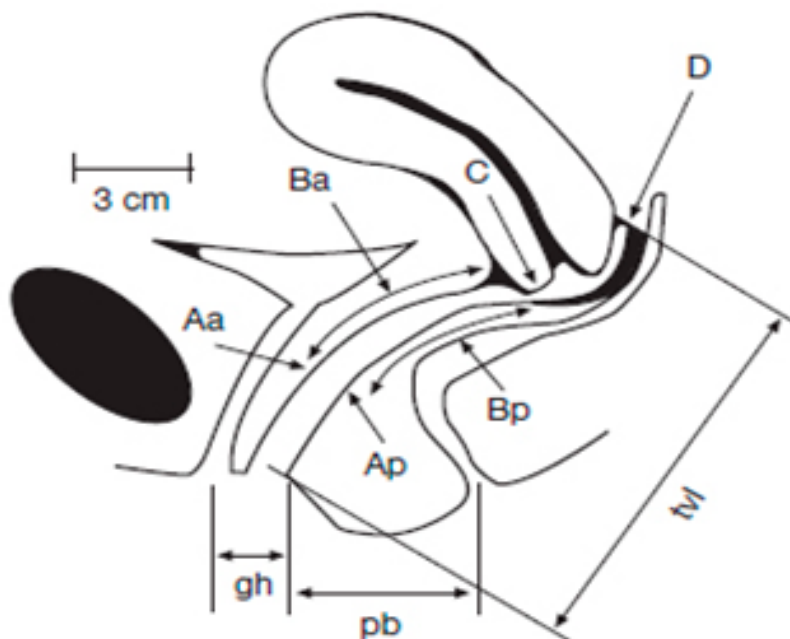
Grado 3: la medida más distal se sitúa entre +1 y tvl -2

Grado 4: la medida más distal se sitúa entre +(tvl-2) y +tvl

En el caso de este estudio se consideraron prolapsos completos con compromiso de los tres compartimentos, con grados de prolapso 3 o 4.

La etiología de esta uretero hidronefrosis secundaria a uropatía obstructiva alta, se produce por compresión ureteral extrínseca.⁽¹⁰⁾ Al producirse una herniación de la vejiga en el sector de la barra trigonal y el

Figura 1.
Clasificación POP-Q



útero, los uréteres quedan angulados (signo radiológico “en anzuelo”) por debajo del pedículo uterino y se produce una compresión extrínseca entre el útero y la musculatura del elevador del ano sumado a la elongación y estrechamiento del uréter. La uropatía obstructiva baja es por una hiper angulación uretral extrema, con descenso del complejo cérvico uretral, de forma rotacional determinando una alteración anátomo funcional del vaciado vesical. Dependiendo el grado de obstrucción puede ser una obstrucción incompleta o completa en etapas evolutivas, en este caso se presenta como una retención crónica y completa de orina. Clínicamente la micción inadecuada, en etapas iniciales se manifiesta por síntomas del tracto urinario inferior de vaciado (STUI). Muchas veces la paciente debe de realizar maniobras de taxis, reintroducir el prolapso para poder vaciar la vejiga y se presenta muchas veces con infecciones urinarias reiteradas por ser una “vejiga retencionista”.

METODOLOGÍA

Es un estudio prospectivo y transversal en el tiempo, con las características de ser descriptivo. Se tomaron en cuenta todas las pacientes que fueron operadas en el periodo de tiempo de enero de 2017 a junio de 2018, en un total de 18 meses en el servicio de la Unidad de Piso Pélvico de la mutualista Médica Uruguaya. Las mismas deberían de presentar prolapso de los órganos pélvicos, con las características de ser clasificados como grado 3 o 4 según la clasificación de POP-Q. A estas pacientes dentro de la valoración preoperatoria se les solicito rutinariamente ecografía de aparato urinario con el objetivo de valorar si presentaba dilatación pielocalicial y de la vía excretora, así como también le

solicitamos medición de residuo postmiccional. Las características de este estudio conlleva que la paciente deba de ingerir líquidos para la valoración del aparato urinario, entonces se le solicita que orine en forma espontánea y posteriormente se valora la presencia de un residuo postmiccional significativo.

En los casos de los prolapso con uropatía obstructiva alta crónica es fundamental degravitar la vía urinaria a corto plazo para evitar que el daño sobre el parénquima renal se agrave, se considera una urgencia uroginecológica. En cuanto a las técnicas de derivación transitoria, la pielonefrostomía percutánea unión bilateral es lo más indicado esperando la resolución definitiva (en los casos que requieran plazos prolongados o con complicaciones infecciosas agudas secundarias o insuficiencia renal crónica descompensada), o hay estudios que señalan la colocación de un pesario⁽¹⁾ ya sea en forma definitiva o transitoria hasta la resolución quirúrgica. La derivación urinaria interna no es efectiva en estos casos y no la recomendamos. En caso contrario la resolución quirúrgica debe ser a corto plazo para levantar la obstrucción y evitar que evolucione a una insuficiencia renal.⁽³⁾

En las pacientes que presentaban uropatía obstructiva crónica alta se solicitaron estudios para valorar la función renal, como creatininemia, uricemia, *clearance* de creatinina e inclusive un serio centellograma con DTPA y en algunos casos en el post operatorio con DMSA según el caso clínico. También solicitamos estudios de imagen de alta resolución como tomografía computada de abdomen y pelvis; en vistas a la valoración anatómica del sistema urinario, así como para descartar causas asociadas u otras etiologías de UOA.

RESULTADOS

Se realizó el estudio prospectivo, descriptivo, con 32 casos de pacientes con POP grado 3 o 4 entre el 1 de enero de 2017 al 30 de junio de 2018.

Del total, 27 casos correspondieron a prolapsos de tercer grado (el 78,1%) y en 7 casos fueron de cuarto grado 21,9% (gráfico 1). Del total de las 32 pacientes presentaron uropatía obstructiva alta crónica en un número de 5 casos, constituyendo un 15,6% (gráfico 2). Los 5 casos de uropatía obstructiva alta ocurrieron en prolapsos de cuarto grado y en ningún caso en prolapsos de tercer grado. Por lo tanto en pacientes con prolapsos de cuarto grado el 71,4% presentaron uropatía obstructiva alta (gráfico 3).

En 3 casos, al momento del diagnóstico se presentaron con repercusión anatómica bilateral (60%); en los dos restantes (40%) la uretero hidronefrosis fue asimétrica, siendo una derecha y otra izquierda (20%, respectivamente).

Destacamos que en todas las pacientes la función renal global estaba conservada.

Todas las pacientes con o sin uropatía obstructiva alta y/o baja se trataron quirúrgicamente.

En los casos con uropatía obstructiva alta, se trataron como una urgencia urogineológica y la resolución en todos los casos fue quirúrgica a corto plazo en menos de 15 días, en 3 casos se colocó al momento de consulta un pesario hasta el momento de la cirugía.

CONCLUSIONES

En caso de pacientes con un prolapso de cuarto grado (POPQ 4), el riesgo de presentar una uropatía obstructiva alta es elevado. En nuestra estadística, alcanzó al 71,4%. Por lo tanto, recomendamos descartar la pre-

Gráfico 1.
Grado de prolapso

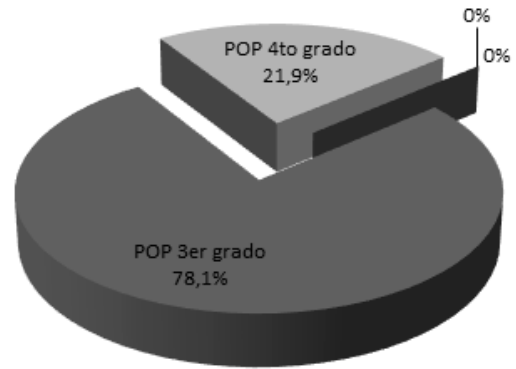


Gráfico 2.
Pacientes con UOA

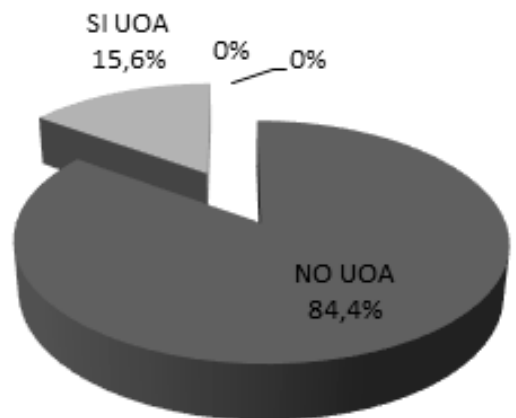
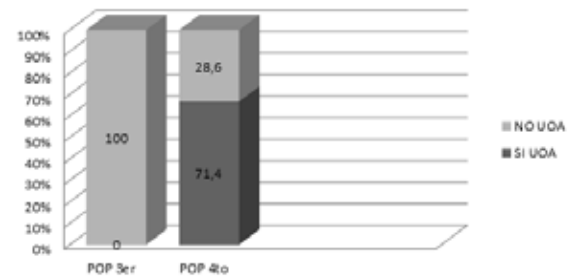


Gráfico 3.
Pacientes con UOA según grado POP



sencia de una complicación grave como es la uropatía obstructiva alta dada su alta prevalencia y la gravedad de esta complicación. Para lo cual es importante solicitar una ecografía de aparato urinario en la valoración de una paciente con un prolapso de cuarto gra-

do para descartar una uropatía obstructiva alta.

Sugerimos la realización de estudios de imagen de alta resolución (TAC) en los casos de que la ultrasonografía sugiera algún grado de uretero hidronefrosis y valorar la función renal.

En estos casos, debe considerarse una urgencia uroginecológica y la resolución debe realizarse en forma inmediata, mediante derivación urinaria transitoria y la resolución quirúrgica definitiva, siendo una alternativa a considerar según cada caso la colocación de pesario, el cual puede ser transitorio hasta la cirugía o definitivo.

Referencias

1. Hui SY, Chan SC, Lam SY, Lau TK, Chung KH. A prospective study on the prevalence of hydronephrosis in women with pelvic organ prolapse and their outcomes after treatment. *Int Urogynecol J*. 2011;22(12):1529-34.
2. Dancz CE, Walker D, Thomas D, Hussain N, Özel B. Effect of pessary use on hydronephrosis in women with advanced pelvic organ prolapse: a self-selected interventional trial. *Int Urogynecol J*. 2017;28(10):1589-93.
3. Costantini E, Lazzeri M, Mearini L, Zucchi A, Del Zingaro M, Porena M. Hydronephrosis and pelvic organ prolapse. *Urology*. 2009;73(2):263-7.
4. Gemer O, Bergman M, Segal S. Prevalence of hydronephrosis in patients with genital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1999;86(1):11-3.
5. Chuang FR, Lee CH, Chen CS, Weng HH, Wang IK. Bilateral moderate hydronephrosis due to uterine prolapse: two case reports and review of the literature. *RenFail*. 2003;25(5):879-84.
6. Gomes CM, Rovner ES, Banner MP, Ramchandani P, Wein AJ. Simultaneous upper and lower urinary tract obstruction associated with severe genital prolapse: diagnosis and evaluation with magnetic resonance imaging. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001;12(2):144-6.
7. Begliomini H, Begliomini BD. Bilateral hydronephrosis caused by vaginal prolapse. *Int Braz J Urol*. 2003;29(3):243-4.
8. Chitale SV, Burgess NA, Warren R. Renal failure secondary to uterine prolapse. *Br J Gen Pract*. 2002; 52(481): 661-2.
9. Dancz CE, Walker D, Thomas D, Özel B. Prevalence of Hydronephrosis in Women With Advanced Pelvic Organ Prolapse. *Urology*. 2015;86(2):250-4.
10. Oksay T, Ergun O, Capar E, Koşar A. Bilateral hydronephrosis secondary to cystocele. *RenFail*. 2011;33(5):537-9.
11. Mironov VN. Uretero hydronephrosis at pelvic prolapse in women. *Urologia*. 2012 Sep-Oct;(5):21-3.