vesical neck for urinary incontinence. Sug Gynecol Obstet. 1975; 140: 355-360.

24. Stamey, T.A. Endoscopic suspension of vesical neck urinary incontinence. Sur. Gynecol Obst. 1973; 136: 547-554.

25. Stamey, T.A. Urinary incontinence in the female Campbell Uroligy 1979; 3: 2272-2293.

26. Stamey, T.A. Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence in females, report on 203 consecutive patients. Annals of Sugery 1989; 192(4): 465-471.

27. Lomanto, A., Sánchez, J. La Cervicosuspensión endoscópica en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Informe preliminar. Rev. Col. De Obst. Y Gin. Vol. XXXVIII 5: 331-345, 1987.

28. Lomanto, A., Sánchez, J. Experiencia de 100 casos con la Cervicosuspensión Endoscópica. (1989). Trabajo de Promoción. Universidad Nacional de Colombia. En Impresión.

VAGINITIS ATROFIA Y SU RELACIÓN CON LA INCONTINENCIA URINARIA

Oscar Ángel, M.D.*

* Director Unidad de Urodinamia. Clínica de Marly. Santafé de Bogotá

Resumen

Los cambios menopáusicos producidos por la deprivación de estrógenos, conllevan a cambios en el sistema miccional produciendo incontinencia urinaria tanto de esfuerzo como de urgencia. Cambios que mejoran significativamente con la terapia de Suplencia Hormonal.

Abstract

Menopause and its accompanying hormonal fluctuations with estrogen deprivation produces changes in the mictional system that create both urgency and stress urinary incontinence. Both of theses syndromes greatly benefit from hormonal supplements.

Cada día la expectative de vida de la mujer se incrementa llegando casi hasta los 80 años en nuestra época. Es así como la incontinencia urinaria llega a ser una patología muy frecuente en la mujer postmenopáusica, con estudios que muestran como un tercio de las pacientes sobre los 65 años la padecen.

La incontinencia urinaria es causante de problemas psicosociales que afectan la interrelación personal hasta el punto de obligar a familiares a reclusión en ancianatos para ayuda en su manejo; incomodidades higiénicas personales con severas dermatitis amoniacales; y por último una mayor probabilidad de caídas y por lo tanto de fracturas al crear afán por micción inminente.

Aunque la incontinencia urinaria es un hallazgo frecuente para la edad no quiere decir esto que sea normal y no requiera tratamiento.

Se ha visto que la pérdida del estimulo estrogénico afecta el tracto urinario bajo; el soporte uretral se pierde por disminución del tejido conectivo, se presenta además atrofia del músculo estriado con una disminución del flujo sanguíneo en los plexos vasculares uretrales. Ya a nivel del detrusor se encuentra adelgazamiento urotelio trigonal, se pierde la coaptación de la mucosa y el efecto protector de la capa de glicosaminoglicanes, que incrementa la susceptibilidad de la infección. Estos cambios conllevan a una disminución de la capacidad vesical, aumento de la sensibilidad de la vejiga y uretra, incremento de la motilidad del cuello vesical y disminución de la habilidad de suprimir la contracción del detrusor.

Como vemos la deprivación de estrógenos afecta en tal grado el tracto urinario bajo que produce síntomas irritativos como urgencia, polaquiuria y nocturia; además de cuadros de inestabilidad del detrusor, alteraciones en la micción e incontinencia urinaria de esfuerzo. La patología más frecuente es la urgencia urinaria hasta un 60%, seguido de la incontinencia de esfuerzo y por último una combinación de ambas.

Como es creencia general que hablar de incontinencia urinaria es algo muy embarazoso para mencionar y por otro lado es un cambio "normal" de la menopausia; es de vital importancia que el personal médico interrogue a cerca del mismo. Se deben averiguar factores como ingesta de drogas, antecedentes patológicos y quirúrgicos, estado mental y emocional. Luego de un examen físico completo; incluyendo ginecológico que oriente a un diagnóstico, la Urodinamia es de gran ayuda etiológica; empezando por una citometría uretral o estudios de flujo-presión en aquellas pacientes con cirugías pélvicas previas, infección urinaria recurrente, alteraciones en la micción, o residuo post-miccinal elevado (>100cc).

La terapia de suplencia hormonal estrogénica se debe considerar en estas pacientes post-menopáusicas, ya que además de disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular, disminuye también la osteoporosis, mejora la urgencia e incontinencia de esfuerzo.

Para la paciente con vaginitis atrófica se indica tratamien-

to con Ayerogen (Estrógenos naturales conjugados) crema vaginal 1 aplicador en la noche por 2 a 4 semanas y después un mantenimiento medio a 1 aplicador 2 a 3 veces por semana. Cuando se evidencie mejoría de los síntomas se pasaría a terapia oral o transdérmica combinación con progestágenos según necesidad.

Es importante tener en cuenta que el manejo de la vaginitis atrófica y sus repercusiones en la incontinencia urinaria, no solo mejoramos los síntomas, sino la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Resnick N, Yalla S. Management of urinary incontinence in the elderly. N Engl J Med 1985; 313: 800-805.

2. Ouslander J, Staskin D, Raz S, Su H, Hepps K. Clinical versus urodynamic diagnosis in an incontinent geriatric female population J Urol 1987; 137:68-71.

3. Fantil J, Wyman J, Anderson R, Matt D, Bump R. Postmenopausal urinary incontinence: Comparison between nonestrogen-supplemented and estrogen-supplemented women. Obstet Gynecol 1988; 71: 823-828.

SÍNDROME URETRAL

Luis Freddy Vergel, M.D. *

*** Profesor Programa Materno Infantil. Facultad de Clencias de Salud. Universidad de Paula Santander. Médico Adscrito al Departamento de Ginecología y Obstetricia. HOspital Erasmo Meoz. Cúcuta.**

El síndrome uretral se define como un proceso inflamatorio sin infección de la uretra y el trígono vesical.

La etiología del síndrome uretral es desconocida, se encuentra asociada a factores predisponentes dentro de los cuales encontramos el Hipoestrogenismo que padece la mujer durante el climaterio, produce alteraciones regresivas en el epitelio vaginal, el cual se vuelve seco y pálido; puesto que la uretra y el trígono vesical se originan embriológicamente de los mismos tejidos que los órganos reproductores femeninos, por tal motivo observamos los mismos cambios degenerativos en las porciones inferiores del tracto urinario.

Los datos clínicos del síndrome uretral en la mujer menopáusica son: la polaquiuria, pujo, dolor al terminar la micción, dolor suprapúbico, tenesmo vesical, goteo terminal, epitelio vaginal seco y pálido, meato uretral hiperémico, calibre uretral disminuido.

Las ayudas diagnósticas del síndrome uretral son: el parcial de orina, urocultivo, citología exfoliativa cervicovaginal, la uretricitoscopia, la cistouretrografía.

El tratamiento del síndrome uretral es multidisciplinario; puede ameritar la concurrencia de Ginecólogo, Psiquiatra, Urólogo, Endocrinólogo, para poder ofrecer: Psicoterapia, terapia hormonal de reemplazo, administración de estrógenos locales, las controvertidas dilataciones uretrales, criocirugía, laserterapia, corticoides parauretrales, infiltración de anestésicos locales en plexo hipogástrico.

El pronóstico del síndrome uretral es variable, los mejores resultados son obtenidos con la terapia de reemplazo, sin embargo en algunas ocasiones el padecimiento es frustrante y desconcertante tanto para la paciente como para el médico.

BIBLIOGRAFÍA

American College Obstetricians Gynecologists: Bulletin Tecnical, Hormone Replacement Therapy, No. 166, April 1992.

Asmunssen, Mogens. Clinical Gynecological Urology. Black well Scientific Publications. Oxford, London: 1983; 74-78.

Bergman A. Comentarios sobre Microbiología del Síndrome Uretral, Year Book de Obstetricia y Ginecología. 1991; 214-215.

Bergman A. Comentarios sobre Criocirugía en el tratamiento del Síndrome Uretral Recidivante, Year Book de Obstetricia y Ginecología. 1991; 215-516.

Botella, Lluisa J. La edad Crítica, Climaterio y Menopausia. Salvat, 1990; 253-261.

Carlile, A. Dasvies A. Cambios con la edad de la uretra femenina, J. Urol. 1988; 532-535.

Eboo Versi, M.A. Incontinencia en la Climatérica. Clínica Obstétrica y Giunecológica, 1990; 2: 381-386.

Gillespie W., Henserson E. Microbiología del Síndrome Uretral, Br. J. Urol. 1989; 64: 270-274.

Hilton P., Rashmi T. The Menopausic Clinical Ginecologic Urologic Stanton S. Mosby, Company, 1984; 343-353.