



Esclerosis múltiple. Nuestra experiencia.

Houlne M., Zalazar M., Sagaz A., López Laur J. D.

Area de Urología F.C.M. UNCuyo y Fundación San Andrés. Mendoza. Argentina.

Palabras clave: esclerosis múltiple, vejiga hiperactiva.

Key words: multiple sclerosis, overactive bladder.

Resumen

Objetivos: analizar la experiencia obtenida y evaluar los resultados urodinámicos del estudio de 18 pacientes con esclerosis múltiple.

Material y Métodos: se estudiaron 18 casos, valorándose la historia clínica, ecografía vesical y renal, analizándolos urodinámicamente con uroflujometría, residuo post miccional (RPM), cistotonometría y electromiografía esfinteriana. Urocultivo y antibiograma de orina.

Resultados: del análisis de todas las variables se desprende que la vejiga hiperactiva se presentó en 10 casos con un predominio del síndrome frecuencia-urgencia, vejiga hipotónica-hiporrefléxica en 5 pacientes, disinergia detrusor-esfínter en 4 casos y 9 pacientes con infección urinaria que desencadenaban crisis de espasticidad. Todos fueron tratados con anticolinérgicos de acción vesical inmodulación (brotes-recaídas) e inmodulación en la enfermedad progresiva, de rehabilitación y terapia de apoyo psicológico.

Conclusión: la vejiga hiperactiva es el tipo de consecuencia urinaria de la esclerosis en placa con los síntomas de frecuencia-urgencia y que, con tratamiento multimodal mejoran en un alto porcentaje.

Abstract

Purpose: Evaluation of urodynamics results in 18 patients with multiple sclerosis.

Material and Methods: 18 patients evaluated with clinical history, urodynamic analysis (uroflowmetry, water cystometry, RPM (post void residual) and electromyography of urethral mobility, bladder and kidney ultrasound and finally detection of urinary tract infection.

Results: After analysis with all methods we found the overactive bladder in 10 patients and frequency-urge syndrome was the most frequent; atonic bladder in 5 patients, dysinergic D-E en 4 cases and 9 cases with UTI.

The treatment was anticholinergic, immunomodulation and immunosuppression agents in progressive illness, with psychological approach.

Conclusion: The overactive bladder is the most common symptomatology of multiple sclerosis with frequency-urge syndrome and the multimodal treatment is the best option for these patients.

Introducción

La esclerosis múltiple es una afección neurológica de carácter inflamatorio y desmielinizante, que tiene diferentes tipos de presentación y un curso clínico variable. En general se aceptan dos formas de presentación; una relativamente benigna caracterizada por la aparición de exacerbaciones que se desarrollan por años, pero con un progreso mínimo de la enfermedad. En tanto en otros pacientes la presenta-

ción adopta una forma progresiva de carácter severo desde su inicio. En general esta afección predomina en las mujeres en relación 2:1 con respecto a los varones y la edad de inicio se ubica entre los 20 y 40 años (el período más productivo de la vida) lo cual la vuelve más incapacitante. Con respecto a la etiología, ésta no está bien establecida, el diagnóstico no es específico y el tratamiento suele ser frustrante. Si bien la etiología es de carácter desconocido se trata de un proceso caracterizado por una reacción auto-inmune focal y degenerativa hacia el sistema nervioso central. La lesión básica de la esclerosis múltiple consiste en un área focal de desmielinización llamada "placa". Su tamaño puede variar entre 1 mm y 4 cm y está dispersa en toda la sustancia blanca del sistema nervioso. Esta desmielinización produce un deterioro de la conducción saltatoria y de la velocidad de conducción en las vías axonales, lo que conduce a distintas anomalías neurológicas sometidas a procesos de exacerbación y remisión.

Las disfunciones miccional y esfinteriana son frecuentes en estos pacientes debido a la afectación de las columnas córtico-espinales laterales (piramidales) y retículo-espinales de la médula espinal cervical. Es por ello que el 50 al 90% de los pacientes con esclerosis múltiple manifiesta síntomas miccionales en algún momento de su evolución.

Material y Métodos

En el presente trabajo se evalúan 18 pacientes con esclerosis múltiples con historia clínica, analítica común, urodinamia completa (uroflujometría, cistotonomía, evaluación del residuo post-miccional con sondaje o ecografía vesical, test del H₂O helada o electro miografía esfinteriana en casos seleccionados) y se evalúa la progresión de la enfermedad con RMN (resonancia magnética nuclear) con o sin Gado-linio. Para evaluar la probable afectación renal se utilizó la ecografía renal. El urocultivo y antibiograma de orina fue rutinario para descartar infección urinaria.

Resultados

Del análisis de las historias clínicas se destaca el síndrome frecuencia-urgencia miccional en la gran mayoría de los pacientes. Polaquiuria, enuresis, y otros síntomas irritativos vesicales fueron predominantes y coincidieron con los hallazgos cistotomométricos.

Desde el punto de vista urodinámico, se detectó en todos los casos una alteración en su funcionamiento y capacidad contráctil, consistente en vejiga hiperactiva, es decir con disminución de la capacidad vesical con un promedio de 178,5cc. Vejiga hipotónica-hiporrefléxica se diagnosticó en 5 enfermos, ya que la lesión era más baja. En 4 pacientes predominó la disinergia detrusor-esfinteriana, utilizándose el tratamiento farmacológico y cateterismo intermitente, según los casos, posponiendo el tratamiento quirúrgico hasta no demostrar que ha fallado el conservador y que existe una franca posibilidad de sufrir daño renal permanente. Las infecciones urinarias estuvieron presentes en 9 de nuestros pacientes, a predominio de bacilos coliformes y se encontró una fuerte relación entre la infección y el incremento de la espasticidad. Las infecciones urinarias pueden desencadenar un ataque, al igual que la fatiga, el calor o los traumatismos. El tratamiento de base que se efectuó fue con anticolinérgicos vesicales (tolterodine, oxibutinina) en dosis habituales y de inmuno-modulación (brotes-recaídas) e inmuno-supresión en la enfermedad progresiva, de rehabilitación y terapia de apoyo psicológico.

Discusión

La esclerosis múltiple en general nunca se plantea como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con alteraciones miccionales de carácter idiopático. En la fase inicial de esta enfermedad los síntomas vesicales ocurren en asociación con otras anormalidades neurológicas en el 10% de los casos. Los síntomas miccionales pueden ser poco relevantes y requerir escaso o ningún tratamiento o, por el contrario, presentarse como una disfunción vesico-esfinteriana severa con la posibilidad de

producir un daño renal permanente. Litwiler y colaboradores refieren que la polaquiuria y la urgencia miccional están presentes entre el 31 y el 85% de los pacientes, en las distintas series, el porcentaje de incontinencia es del 37 al 72% y los síntomas obstructivos se ubican entre el 2 y el 52%.

La hiperreflexia del detrusor es la anomalía urodinámica más frecuentemente detectada y se presenta entre el 34 y 99% de los casos (Blaivas y Kaplan 1988, Chancellor y Blaivas 1993).

De los pacientes con hiperreflexia el 30 al 65% tienen disinergia coexistente del esfínter estriado, siendo en general el esfínter liso sinérgico.

Los síntomas obstructivos caracterizados por dificultad para iniciar la micción, vaciamiento incompleto, chorro débil y retención de orina también pueden deberse a trastornos de la contractilidad del detrusor, la arreflexia se presenta entre el 5 y el 20% de los casos.

Chancellor y Blaivas (1993) revisaron los hallazgos urodinámicos en numerosas series de pacientes con esclerosis múltiple y disfunción miccional, resumiendo la incidencia en tres factores básicos: 1) hiperreflexia del detrusor, sinergia del esfínter estriado del 26 al 50% (media 38%); 2) hiperreflexia del detrusor, disinergia del esfínter estriado del 24 al 46% (media 29%) y 3) arreflexia del detrusor del 19 al 40% (media 26%).

Dado que la sensación miccional a menudo está intacta en estos pacientes debemos tener cuidado en distinguir la pseudodisinergia, de la disinergia verdadera.

Ya que las causas que predisponen a estos pacientes a padecer complicaciones urológicas severas son: 1) disinergia del esfínter estriado en hombres; 2) presión de llenado del detrusor elevado mayor de 40cm de H₂O y 3) catéter a permanencia; la disfunción sexual es un problema urológico creciente en esta patología, y se encuentra entre el 50 y 75% de los pacientes. En general en ambos sexos se observa una disminución de la sensibilidad de los genitales externos, disminución de la libido y alteraciones del orgasmo. En aquellos pacientes que presentan disfunción eréctil se observó una prolongación de la latencia sacra de más del 30%. Cuando la disfunción no es debida a la presencia de la "placa" se puede utilizar la medicación oral para la resolución de la vía.

Cuando la sintomatología neurológica cambia es necesario reevaluar urológicamente a estos pacientes.

Bibliografía

1. Litwiler SE, Zimmern PE. Multiple Sclerosis and the urologist. J Urol 1999; 61:743-757.
2. Blaivas JG, Chaikin DC, Chancellor MB et al. Bladder dysfunction with neurologic disease. Continuum Lifelong learning in neurology 1998; 4:79-124.
3. Blaivas JG. The neurophysiology of micturition. A clinical study of 500 patients. J Urol 1982; 127:958-964.
4. Chancellor MB, Blaivas JG. Multiple Sclerosis problems. Urol 1997; 7:15-33.
5. Bradley WE. Urinary Bladder Dysfunction in multiple sclerosis. Neurology 1973; 23: 11-31.
6. Flanigan RC et al. Cutaneous stimulation of the bladder in multiple sclerosis. J Urol 1983; 129:10-47.
7. Mc Donald WJ and Halliday AM. Diagnosis and classification of multiple sclerosis. Br Med Bull 1977; 33:4.

8. Lilius HG, Valtonen E and Wikstron J. Sexual problems in patients suffering multiple sclerosis. Scand J Soc Med 1976; 4:41.
9. Oppenheimer DP. The cervical cord in multiple sclerosis. Neuropathol Appl Neurobiol 1978; 4:151.
10. Valleroy ML and Kraft GH. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. Arch Phys Med 1984; 65-125.
11. Wheeler JS et al. The changing neurologic pattern of multiple sclerosis. J Urol 1983; 130:1123.
12. López Laur JD. Esclerosis múltiple y vejiga neuropúbica Curso Educac Médica Continua. Federación Arg Urol. (PAMCU). Vol 2, 2005 Ed