

Autoimplantes para la incontinencia urinaria

Un nuevo tratamiento mediante autoimplantes de células musculares podría convertirse en una buena opción para tratar la incontinencia urinaria

En torno al 40% de las mujeres españolas mayores de 35 años sufren incontinencia urinaria en mayor o menor grado, aunque sólo una de cada cuatro consulta con el médico. Un estudio llevado a cabo en la Universidad Médica de Innsbruck (Austria) investiga ahora una nueva terapia para tratar la incontinencia urinaria mediante autoimplantes de células musculares. Los resultados, según los expertos, son esperanzadores.

TERESA ROMANILLOS | 23 de septiembre de 2007

Científicos austriacos investigan una nueva terapia para la incontinencia urinaria femenina con autoimplantes de células musculares, que podría ser la solución para este problema que afecta a un alto porcentaje de mujeres. El nuevo tratamiento consiste en extraer del brazo de la propia paciente células musculares (mioblastos y fibroblastos) y cultivarlas durante algo más de siete semanas. Posteriormente las células se inyectan en el rabdoesfínter (esfínter formado por fibras musculares) y la uretra de cada mujer, con el objetivo de aumentar su contractibilidad y disminuir así la incontinencia urinaria.



El estudio se realizó sobre una población de 63 mujeres entre 36 y 84 años con incontinencia urinaria de esfuerzo. Dos terceras partes (42 pacientes) recibieron el nuevo tratamiento, mientras que a las 21 mujeres restantes se les administraron inyecciones endoscópicas convencionales de colágeno. Después de 12 meses de seguimiento se comprobó que 38 de las 42 mujeres tratadas con las inyecciones de células musculares fueron completamente continentes, en comparación con sólo 2 de las 21 pacientes tratadas con colágeno.

Más contractibilidad

Se constató que el grosor medio del rabdoesfínter había aumentado un 59% en las pacientes a las que se administraron las inyecciones con células musculares. Asimismo, la contractibilidad del músculo aumentó en un 268% en el caso de las pacientes tratadas con mioblastos y fibroblastos frente a un 15% en el grupo tratado con colágeno. Por lo tanto «estos resultados sugieren que se formó tejido muscular adicional en el rabdosfínter y uretra» tal y como apuntan los investigadores del estudio, publicado en la revista *The Lancet*.

El seguimiento posterior corrobora los buenos resultados obtenidos inicialmente, ya que a los tres años de la terapia no se ha registrado ningún efecto secundario. Según comentan los científicos en una editorial de la misma revista, «la nueva terapia podría llegar a ser la más importante innovación en urología desde el desarrollo de la litotricia para el tratamiento de los cálculos urinarios y de la técnica quirúrgica para la incontinencia urinaria». Sin embargo, los investigadores concluyen que será necesario estudiar los resultados a más largo plazo y realizar otros ensayos con mayor número de pacientes para evaluar de forma concluyente la funcionalidad y eficacia del tratamiento.

Las mujeres con incontinencia presentan dos veces más riesgo de sufrir un trastorno depresivo, sobre todo aquellas de entre 18 y 44 años

Problema relevante

La incontinencia urinaria afecta al 15-30% de las personas menores de 65 años y entre el 30% y el 55% de las de 65 o más años. Existen diferentes tipos de incontinencia urinaria: la de esfuerzo, la de urgencia y la mixta. En la incontinencia de esfuerzo, la pérdida de orina se produce al realizar ciertos movimientos o actividades físicas como reír, estornudar, hacer deporte o cargar objetos pesados. En estos casos, el esfuerzo físico provoca un aumento de la presión en el abdomen y en la vejiga. En mujeres, la edad y los partos provocan una pérdida de elasticidad en el suelo pélvico y sus mecanismos de continencia sólo son efectivos en reposo.

En la incontinencia urinaria de urgencia es la pérdida involuntaria de orina asociada a una necesidad imperiosa y repentina de orinar. Su origen se encuentra en problemas en el detrusor, músculo de la pared vesical implicado en el control del vaciado de la vejiga. Por otro lado, la incontinencia mixta es debida a una hiperactividad del músculo detrusor y un trastorno en los mecanismos esfinterianos. En este caso, la incompetencia del cuello vesical permite la entrada de orina en la uretra proximal. Como consecuencia, el detrusor entiende que se ha iniciado la micción y libera el reflejo que produce su contracción.

Como los tipos de incontinencia más frecuentes son la de esfuerzo y la mixta, el tratamiento debe ir dirigido a mejorar tanto al esfínter uretral externo (rabdoesfínter) como a la uretra.

Tras una correcta valoración

La incontinencia urinaria produce un gran impacto físico, psíquico y social en el afectado e, indirectamente, a familiares y cuidadores, repercutiendo en su calidad de vida. Asimismo, hay que destacar que muchas de las mujeres que sufren este problema no consultan al médico por vergüenza. Se calcula que sólo un tercio de las mujeres que sufren incontinencia buscan ayuda profesional, por lo que permanece con frecuencia como un problema oculto.

Los problemas de relación social derivados pueden, incluso, generar depresiones. Investigadores de la University of Toronto, Canadá, analizaron datos del Canadian Community Health Survey sobre más de 69.000 mujeres a partir de los 18 años y constataron que las que sufren incontinencia presentan casi dos veces más riesgo de padecer un trastorno depresivo en comparación con las que no la padecen. Los datos también revelaron que en el grupo de mujeres con incontinencia de entre 18 y 44 años, el índice de depresión (30%) fue mayor que en las de edad avanzada.

ELLOS TAMBIÉN



Stefan Wagner

A pesar de que las mujeres tienen el doble de probabilidades, los hombres también pueden padecer incontinencia urinaria, aunque en una proporción mucho menor. En ellos, la incontinencia urinaria aparece después de la cirugía prostática. Se ha propuesto que aplicar un tratamiento conservador efectuados después de la cirugía puede resultar útil para minimizar el problema. El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, la biorretroalimentación, la estimulación eléctrica, los dispositivos de compresión (pinzas peneanas), los cambios del estilo de vida y la inervación magnética forman parte de este tratamiento conservador.

Con la finalidad de analizar la efectividad y los efectos secundarios de este tipo de terapia, la biblioteca Cochrane efectuó una revisión exhaustiva de todos los ensayos con relevancia clínica publicados al respecto. La revisión halló que el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico y la biorretroalimentación pueden ayudar inmediatamente después de la prostatectomía radical por cáncer, pero no había información concluyente acerca de los efectos a más largo plazo, ni sobre el efecto en los hombres que se habían sometido a resección endoscópica por hiperplasia benigna.

En cuanto a los dispositivos de compresión externa evaluados, de tres disponibles sólo uno pareció ser útil aunque recomiendan usarlo con precaución debido a riesgos de seguridad. Estos hallazgos, insisten los revisores, deben valorarse prudentemente ya que se basan en pocos estudios y calidad moderada. A pesar de ello, los expertos señalan que los síntomas de incontinencia tendieron a mejorar con el transcurso del tiempo, independientemente del tratamiento.

En CONSUMER.es EROSKI nos tomamos muy en serio la privacidad de tus datos, aviso legal. © Fundación EROSKI