



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Tratamiento con inyección uretral para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión)

Kirchin V, Page T, Keegan PE, Atiemo KOM, Cody JD, McClinton S, Aluko P

Kirchin V, Page T, Keegan PE, Atiemo KOM, Cody JD, McClinton S, Aluko P.
Urethral injection therapy for urinary incontinence in women
(Tratamiento con inyección uretral para la incontinencia urinaria en mujeres).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003881.
DOI: [10.1002/14651858.CD003881.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003881.pub4).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Tratamiento con inyección uretral para la incontinencia urinaria en mujeres

Vivienne Kirchin¹, Tobias Page², Phil E Keegan¹, Kofi OM Atiemo³, June D Cody⁴, Samuel McClinton⁵, Patricia Aluko⁶

¹Department of Urology, Sunderland Royal Hospital, Sunderland, UK. ²Urology Department, Freeman Hospital, Newcastle, UK. ³Kovler Transplant Institute - Department of General Surgery, Northwestern University, Chicago, Illinois, USA. ⁴c/o Cochrane Incontinence Group, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK. ⁵Department of Urology, Ward 209, Aberdeen Royal Infirmary, Aberdeen, UK. ⁶Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle Upon Tyne, UK

Contacto: Vivienne Kirchin, Department of Urology, Sunderland Royal Hospital, Kayll Road, Sunderland, Tyne & Wear, SR4 7TP, UK.
Vivienne.kirchin@chsft.nhs.uk.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Incontinencia.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 7, 2017.

Referencia: Kirchin V, Page T, Keegan PE, Atiemo KOM, Cody JD, McClinton S, Aluko P. Urethral injection therapy for urinary incontinence in women (Tratamiento con inyección uretral para la incontinencia urinaria en mujeres). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD003881. DOI: [10.1002/14651858.CD003881.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003881.pub4).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La incontinencia urinaria impone una importante carga sanitaria y económica a la sociedad. La inyección periuretral o transuretral de agentes de carga es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo que se utiliza como uno de los tratamientos quirúrgicos de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en las mujeres adultas.

Objetivos

Evaluar los efectos del tratamiento con inyección periuretral o transuretral en la curación o la mejora de la incontinencia urinaria en las mujeres.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro especializado de ensayos del Grupo Cochrane de Incontinencia (Cochrane Incontinence Group) (búsqueda 8 de noviembre 2010) y en las listas de referencias de los artículos pertinentes.

Criterios de selección

Todos los ensayos controlados aleatorizados o cuasialeatorizados sobre el tratamiento de la incontinencia urinaria, en los que al menos un brazo del estudio incluyó el tratamiento con inyección periuretral.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente evaluaron la calidad metodológica de cada estudio mediante criterios explícitos. La extracción de datos se realizó de forma independiente mediante un formulario estándar y se solicitó directamente a los investigadores que proporcionaran aclaraciones acerca de posibles datos no informados.

Resultados principales

Luego de la exclusión de los informes duplicados, se identificaron 14 ensayos (se excluyó uno que fue posteriormente retirado de la publicación y no se incluyó en este análisis), con 2004 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión. Los limitados datos disponibles no fueron adecuados para el metanálisis porque todos procedían de ensayos separados. Los ensayos fueron pequeños y generalmente de calidad moderada.

Un ensayo de 45 mujeres que comparó el tratamiento inyectable con el tratamiento conservador mostró un efecto beneficioso temprano para el tratamiento inyectable con respecto al grado de continencia (riesgo relativo [RR] 0,70; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,52 a 0,94) y la calidad de vida (diferencia de medias [DM] 0,54; IC del 95%: 0,16 a 0,92). Otro ensayo, que comparó la inyección de grasa autóloga con placebo, se interrumpió antes de tiempo por motivos de seguridad. Dos ensayos que compararon la inyección con el tratamiento quirúrgico encontraron una curación objetiva significativamente mejor en el grupo quirúrgico (RR 4,77; IC del 95%: 1,96 a 11,64; y RR 1,69; IC del 95%: 1,02 a 2,79), aunque los datos del último ensayo no alcanzaron la significación estadística cuando se utilizó un análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis).

Ocho ensayos compararon diferentes agentes y todos los resultados tuvieron intervalos de confianza amplios. Las partículas de silicona, la hidroxiapatita de calcio, el alcohol etileno-vinílico, las esferas de carbono y la combinación de ácido hialurónico dextranómero dieron lugar a mejoras que no demostraron ser más o menos eficaces que el colágeno. Las pacientes tratadas con el compuesto de ácido hialurónico dextranómero parecieron tener tasas significativamente más altas de complicaciones en el lugar de la inyección (16% con el compuesto de ácido hialurónico frente a ninguno con el colágeno; RR 37,78, IC del 95%: 2,34 a 610,12) y este producto se ha retirado ahora del mercado.

Una comparación de los métodos de inyección periuretral y transuretral mostró resultados similares, pero una tasa más alta (aunque no estadísticamente significativa) de complicaciones tempranas en el grupo periuretral. Un ensayo de 30 mujeres mostró una ventaja débil (pero no significativa desde el punto de vista clínico) en cuanto a la satisfacción de las pacientes (los datos no son adecuados para el análisis en RevMan) después de la inyección en la uretra media en comparación con la inyección en el cuello de la vejiga, pero sin una diferencia demostrable en los niveles de continencia.

Conclusiones de los autores

La base de evidencia disponible aún no es suficiente para orientar la práctica. Además, la conclusión de que la inyección de solución salina placebo fue seguida de una mejora sintomática similar a la de la inyección de agente de carga plantea interrogantes sobre el mecanismo de cualquier efecto beneficioso. Un ensayo pequeño que comparó las partículas de silicona con el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico indicó un efecto beneficioso a los tres meses, pero no se conoce si se mantuvo, y el tratamiento se asoció con altos niveles de retención postoperatoria y disuria. Se observó una mayor mejora sintomática con los tratamientos quirúrgicos, aunque es necesario comparar las ventajas con los posibles riesgos más elevados. No fue posible establecer conclusiones claras de los ensayos que compararon agentes alternativos, aunque el ácido hialurónico dextranómero se asoció con más efectos secundarios locales y ya no está disponible comercialmente para esta indicación. No hay evidencia suficiente que demuestre la superioridad de la inyección en el cuello del uréter o de la vejiga. El ensayo único de grasa autóloga recuerda que las inyecciones periuretrales pueden ocasionalmente causar efectos secundarios graves. Además, en un comentario económico breve se identificaron tres estudios que indican que el agente de carga uretral podría ser más efectivo en función de los costos en comparación con los cabestrillos retropúbicos de la uretra media, el cabestrillo transobturador o el procedimiento tradicional de cabestrillo cuando se utiliza como tratamiento inicial en mujeres sin hipermovilidad o como seguimiento del fracaso de la cirugía, siempre que la inyección se mantenga al mínimo. Sin embargo, el agente de carga uretral podría no ser coste efectivo en comparación con el cabestrillo tradicional como tratamiento inicial de la IUE cuando se hace un seguimiento del paciente durante un período más largo (15 meses después de la cirugía).

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Inyecciones de agentes de carga para la incontinencia urinaria en mujeres

La incontinencia de esfuerzo es la pérdida de orina que se produce al toser, reír, estornudar o hacer ejercicio. Una parte significativa de los ingresos económicos de la mujer y su familia se puede gastar en el tratamiento de los síntomas. Normalmente los músculos y el tejido forman un cojín que sostiene la base de la vejiga y cierra la uretra (el lugar por el que la orina sale del cuerpo). Si no lo hacen, se puede crear un acolchado artificial al inyectar agentes de carga en el área alrededor de la uretra. La revisión de 14 ensayos, que incluyeron 2004 mujeres, encontró alguna evidencia limitada de que esto puede aliviar la incontinencia de esfuerzo en las mujeres. Otros tratamientos como la cirugía podrían ser mejores. El uso de los propios tejidos grasos de las pacientes como material inyectado puede causar graves complicaciones. En cuanto a los costes, una breve revisión de los estudios económicos indicó que la inyección de colágeno fue menos costosa que la cirugía cuando se utilizó como primer tratamiento, o después del fracaso de la cirugía inicial.