

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Fernando da Rocha Camara

Incontinência urinária é a perda involuntária de urina. É um drama que causa muito desconforto aos pacientes, pelas implicações pessoais, familiares, sexuais, sociais e profissionais. Suas causas são multifatoriais e necessitam de uma avaliação cuidadosa para elucidação diagnóstica.

Expressões comuns, utilizadas pelos pacientes, como urina presa ou urina solta, não são desejáveis por serem confusas. Imaginem alguém com cistite aguda que se queixa de urina solta pois urina a cada instante; poderia dizer-se com urina presa, pois urina e continua com vontade. Outro paciente “prostático” achar que tem urina solta por urinar com frequência, e urina presa por ter ojato fino, curto e fraco.

A incontinência urinária aos esforços, é comum em mulheres após trabalho de parto prolongado e parto normal com trauma de músculos perineais. Podem ter perdas ao rir, chorar, tossir, espirrar, ou ao fazerem força. Reposição de estrógeno em mulheres pós menopausa deve ser considerada. Fisioterapia especializada pode trazer bons resultados(cones vaginais, eletroestimulação, biofeedback. O tratamento cirúrgico, com reparação de estruturas locais, e o uso de slings é a solução para muitos casos. A avaliação prévia com estudo urodinâmico, é muitas vezes necessária. O tratamento medicamentoso deste tipo de incontinência é difícil.

As lesões iatrogênicas do esfíncter externo, totais ou parciais, podem resultar em incontinência; o paciente terá dificuldade para interromper as micções. Suas causas são a iatrogenia em urologia.

A prostatectomia prostática radical, para tratamento do câncer de próstata, pode resultar em incontinência urinária e disfunção erétil.

Exercícios pré-operatórios podem melhorar as perdas. Assim a contração repetida do esfíncter anal, múltiplas vezes e a interrupção do jato urinário várias vezes podem ser de utilidade, a meu ver.

A urge-incontinência (se não for na hora, molha a roupa) pode ocorrer em cistites (bacterianas ou não), nas obstruções urinárias abaixo da bexiga, e nas neuropatias. Deve-se iniciar a investigação desses casos, procurando uma infecção urinária.

A incontinência de transbordamento ocorre, quando a bexiga fica cheia, em retenção, e a urina que chega vaza, por que a pressão na bexiga, está maior do que a da uretra. O diagnóstico se faz por sondagem vesical ou ultrassom.

A incontinência urinária pode, também, ocorrer por problema congênito: a ectopia ureteral; em mulheres o ureter ectópico tem seu meato abaixo do esfíncter, ocasionando perda contínua, além de micções normais. Quando o ureter ectópico drena uma porção atrofica do rim as perdas pequenas podem ser confundidas com corrimento genital. Em homens o ureter ectópico não causa perdas por seu meato se localizar acima do esfíncter.

As fístulas urinárias decorrem de iatrogenia em cirurgia ginecológicas, em sua maioria. As fístulas vesico-vaginais podem causar uma perda contínua de urina; se forem grandes, não haverá micções normais. As fístulas uretero-vaginais causam perda contínua, em presença de micções normais. Seu diagnóstico se faz com procedimentos radiológicos, endoscópicos, associados quando necessário ao uso de corantes como o Pyridium, azul de metileno, e índigo-carmim. Seu tratamento é cirúrgico.

As perdas urinárias, da bexiga neurogênica geralmente são por transbordamento. Veja o texto específico.

O estudo urodinâmico pode auxiliar na avaliação da incontinência urinária, mas a indicação, deve ser caso a caso.