

UTILIZACIÓN DEL LASER DE CO2

INCONTINENCIA DE ORINA

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo de incontinencia más frecuente en las mujeres y se define como la pérdida de orina involuntaria durante los esfuerzos como la tos, la risa, actividades deportivas o incluso cambios de postura.

Se estima que afecta al 4-14% de las mujeres jóvenes y al 12-35% de las mujeres en la postmenopausia.

Existen factores de riesgo identificables como el embarazo, el parto, la menopausia, la obesidad y la edad avanzada. Se produce por una relajación o lesión de las estructuras de soporte periuretrales.

La lesión de la musculatura del suelo pélvico durante el parto puede conducir a una incontinencia urinaria de esfuerzo así como a otros defectos del suelo pélvico dando lugar a descensos de las paredes vaginales e incluso órganos pélvicos (prolapsos).

Existen diferentes posibilidades de tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. El tratamiento inicial debe incluir tratamientos conservadores como cambios de estilos de vida y ejercicios para fortalecer los músculos del suelo pélvico aunque al requerir la participación de las pacientes es necesario una gran motivación para que sean exitosos y acaban produciéndose abandonos. Los tratamientos quirúrgicos pueden conseguir curar la incontinencia de esfuerzo con mayor probabilidad en los casos severos pero se asocian a mayores riesgos.

La aplicación del laser vaginal de CO2 surge como alternativa a los procedimientos conservadores o no invasivos. Las ventajas de este procedimiento son que se realiza en la consulta sin necesidad de anestesia, sin necesidad de la participación activa ni motivación de la paciente y con un buen perfil de seguridad. El principio de esta novedosa técnica es la creación de un nuevo tejido colágeno alrededor de la uretra consiguiendo un tejido de sostén más firme para evitar las pérdidas de orina asociadas a los esfuerzos.

ATROFIA VULVO-VAGINAL

La atrofia vulvovaginal es una patología progresiva y crónica que se manifiesta como la involución de las mucosas y tejidos adyacentes debido a la caída de los niveles de estrógenos en la menopausia.

Los síntomas típicos incluyen sequedad vaginal, picazón, ardor, irritación, disuria (dolor al orinar) y dispareunia (dolor con las relaciones sexuales). En particular, las paredes vaginales aparecen más delgadas y menos elásticas con pérdida de las rugosidades.

La vagina se estrecha y se acorta y su superficie se hace seca, friable y puede producirse sangrado tras traumatismos mínimos. El área de la vulva, especialmente el clítoris, se atrofia y se hace más vulnerable.

La atrofia vaginal puede empeorar con los años y afecta negativamente a la calidad de vida.

Aproximadamente el 50% de las mujeres posmenopáusicas experimentan síntomas de atrofia vulvovaginal que pueden variar

desde molestias leves a un cuadro severo. Estos síntomas pueden causar angustia emocional y pueden resultar en disfunción sexual.

Existen múltiples opciones dirigidas al alivio de los síntomas de la atrofia como los productos no hormonales para casos leves, tratamientos hormonales tópicos cuando los síntomas son persistentes y terapia hormonal sustitutiva cuando además estos síntomas se acompañan de otros síntomas generales como los sofocos. Los lubricantes se han utilizado para disminuir la irritación vaginal durante la actividad sexual, pero no proporcionan una solución a largo plazo.

El principal inconveniente de este tipo de tratamientos es la recurrencia de los síntomas una vez que el tratamiento se suspende, y estos tratamientos sólo solo son eficaces en la capa más superficial de las paredes vaginales. Otro de los inconvenientes del uso de productos hormonales es que no pueden utilizarse en mujeres con antecedente de cáncer hormonodependiente, como son la mayoría de los cánceres de mama. Este grupo de mujeres, muchas de las cuales son jóvenes, sufren síntomas climatéricos en muchos casos severos debido a los tratamientos oncológicos que reciben. En la mayoría de los estudios en pacientes con cáncer de mama los síntomas secundarios a la falta de estrógenos son los efectos secundarios más frecuentes, afectando aproximadamente al 65% de estas pacientes y uno de los síntomas más frecuentes es la atrofia vulvo vaginal. En este grupo de pacientes el tratamiento tópico hormonal no estaría recomendado.

Mediante la aplicación de los principios de la medicina regenerativa y antienvjecimiento en la mucosa vaginal, el uso del láser de CO2 fraccionado puede extenderse al tratamiento de pacientes con atrofia vulvovaginal . Este sistema ha demostrado estimular la síntesis de nuevo colágeno y fibras elásticas en el tejido en el que se aplica. Se aplica con la finalidad de alcanzar la regeneración de la mucosa vaginal atrófica con un procedimiento mínimamente invasivo, mejorando así la elasticidad e hidratación de la mucosa, y disminuyendo los síntomas de disconfort.

USO DEL LASER PARA EL REJUVENECIMIENTO VAGINAL

A medida que envejecen las mujeres, la relajación de las paredes vaginales puede conducir al síndrome de relajación vaginal (VRS), que se ve agravado por los partos, especialmente los embarazos múltiples y los partos vaginales, y la atrofia vaginal asociada a los cambios hormonales relacionados con la menopausia. Éste síndrome de relajación vaginal puede conducir a una serie de problemas, tanto físicos como psicológicos, disminuyendo la satisfacción sexual tanto para la mujer como para su pareja.

Existen una gran variedad de opciones para el tratamiento de éste síndrome que abarcan desde un enfoque no invasivo hasta procedimientos quirúrgicos francamente invasivos. Dentro de los tratamientos no invasivos están los ejercicios para fortalecer la

musculatura del suelo pélvico como los ejercicios de Kejel, diferentes cremas hormonales o hidratantes vaginales, sin embargo aunque estos son tratamientos no invasivos e inoocuos la eficacia es limitada y requieren que sean contínuos para que se logre el efecto deseado, con lo cual requieren de una gran motivación. En cuanto a los procedimientos quirúrgicos (plastias vaginales), ofrecen resultados finales más duraderos e incluso definitivos pero asocian mayor número de riesgos, requieren un tiempo de inactividad postoperatorio y en algunas ocasiones se asocian a la formación de cicatrices o atrapamientos de nervios que ocasionan discomfort posterior.

El láser se ha añadido recientemente como alternativa a las técnicas quirúrgicas gracias a su precisión y la capacidad de limitar la profundidad del daño térmico. Este enfoque se denomina vaginoplastia asistida por laser. En comparación con una vaginoplastia, este enfoque abarca estrategias no reconstructivas destinadas a restablecer el tono muscular de la vagina y al endurecimiento de las complejas estructuras de apoyo vulvovaginales.

¿CUANTAS SESIONES SON NECESARIAS?

Normalmente son suficientes dos sesiones separadas 6 seis semanas. En casos de necesitar efecto de tensado vaginal, se pueden necesitar tres sesiones.

¿DONDE SE HACE EL LASER VAGINAL, DUELE?

El láser vaginal de CO2, se hace en la consulta con una crema anestésica local.

El procedimiento dura unos 20 -30 minutos

Es un procedimiento no doloroso, en los casos de atrofia vaginal se produce molestias leves al introducir el dispositivo.

¿SE NECESITA ALGUNA PREPARACIÓN O REPOSO POSTERIOR?

No se precisa ninguna preparación

Después de hacer el procedimiento de Láser vaginal, no hay que tener ningún cuidado, salvo que no se pueden tener relaciones sexuales 5-7 días.

Se puede producir un escozor secundario, durante algunos días aunque la mayoría de las pacientes no describen molestias posteriores.

¿HAY EXPERIENCIA SUFICIENTE CON ESTE TRATAMIENTO?

Aunque no se han hecho ensayos clínicos, que se basan en parámetros objetivos, porque la mejoría se basa en la sensación subjetiva de la paciente, son miles de mujeres en todo el mundo tratadas con Láser de CO2 desde hace más de 5 años.

DRA. MARIA LUISA CAÑETE PALOMO

2017

Hay más de 30 estudios de resultado de Láser de CO2 en la incontinencia urinaria leve y moderada.

Todos los tratamientos novedosos, necesitan de muchos años para que haya muchos estudios y seguimiento a muy largo plazo.

Toledo, Septiembre, 2017