

## **Síntomas del tracto urinario inferior masculinos: enfrentamiento en atención primaria**

**Autor: Dra. Camila Palma S. Residente Medicina Familiar UC**

**Editor: Dra. Loreto González Vega**

**Fecha: 06 de octubre del 2020**

### **Resumen de portada**

Los Síntomas del Tracto Urinario Inferior son un problema frecuente en hombres mayores que compromete su calidad de vida y la de su entorno, cuya causa más relevante es el Crecimiento Prostático Benigno. El diagnóstico de éste debe diferenciarse de otras causas para plantear un manejo inicial en Atención Primaria, este artículo resume su enfrentamiento y parte del tratamiento en este nivel de atención.

**Palabras clave:** APS, Medicina Familiar, STUI, Crecimiento Prostático Benigno.

## **INTRODUCCIÓN**

Los Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI), se definen como un grupo de síntomas relacionados con el almacenamiento de orina, la micción y algunos síntomas posteriores a ésta<sup>1</sup>, son comunes en hombres mayores y pueden deberse a distintas causas (litiasis, tumor de vejiga, estenosis uretral, etc), siendo la principal el Crecimiento Prostático Benigno<sup>2</sup> (CPB). Su evolución natural es hacia la progresión durante años, aunque existen casos de remisión espontánea.

Estos síntomas se hacen más prevalentes y severos a mayor edad y tienen un impacto negativo en la calidad de vida del paciente y su entorno familiar, ya que puede asociarse a trastornos del sueño, síntomas depresivos y limitación para las actividades de la vida diaria<sup>3</sup>. Implica altos costos tanto para el paciente como para el sistema de salud, dado el envejecimiento de la población en las últimas décadas.

A nivel internacional, se estima una prevalencia de STUI de 23,3% en hombres > 45 años, que aumenta a 46% sobre los 65 años<sup>4</sup> y en Chile un 3,9% de los hombres reporta patología prostática benigna, que aumenta a un 24,3% en hombres > 65 años<sup>5</sup>.

Se han descrito algunos factores de riesgo para la aparición de STUI, como la Diabetes Mellitus (DM), Enfermedad Cardiovascular<sup>6</sup>, Obesidad, Sedentarismo y algunos componentes de la dieta. A su vez, componentes del Síndrome Metabólico como la Dislipidemia y la Obesidad abdominal se han asociado a aumento de volumen prostático<sup>7</sup>, el que también podría estar influenciado por factores genéticos y étnicos.

## **EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA**

Es necesario realizar un buen diagnóstico, distinguiendo el CPB de otras causas que pueden requerir tratamiento o derivación más prioritaria.

En la anamnesis se debe indagar la presencia de otros síntomas urológicos como hematuria, episodios de retención urinaria, incontinencia, disfunción eréctil o secreción uretral, si ha recibido instrumentalización de vía urinaria, o ha tenido conductas sexuales de riesgo. Considerar antecedentes mórbidos como DM, especialmente si ha tenido poliuria, enfermedades neurológicas que pueden asociarse a vejiga neurogénica, enfermedad cardiovascular o componentes del síndrome metabólico y en la historia familiar consultar sobre CPB o neoplasias de vía urinaria. También se debe consultar sobre hábitos como el consumo de tabaco, alcohol, cafeína y otros líquidos en general y por último preguntar sobre fármacos de consumo habitual que pudieran exacerbar síntomas (diuréticos), o asociarse a retención urinaria (simpaticomiméticos, algunos antidepressivos, anticolinérgicos, antihistamínicos, relajantes musculares u opioides).

Los STUI se clasifican en 3 grupos (tabla 1) <sup>8</sup>: síntomas de almacenamiento (irritativos), miccionales (de vaciamiento u obstructivos) y post miccionales, siendo los irritativos los más molestos, particularmente la nicturia<sup>4</sup>. Generalmente en un paciente que consulta se superponen los distintos grupos de síntomas, pero en el CPB podrían presentarse inicialmente síntomas miccionales por obstrucción a la salida de la vejiga y posteriormente síntomas de almacenamiento por descompensación del detrusor de la vejiga.

**Tabla 1: Clasificación de STUI**

SÍNTOMAS DE ALMACENAMIENTO	SÍNTOMAS MICCIONALES	SÍNTOMAS POST MICCIONALES
Urgencia Poliaquiuria Nicturia Incontinencia Sensación de vejiga anormal	Chorro débil y dividido Intermitencia Latencia Esfuerzo Disuria Goteo terminal	Goteo post miccional Tenesmo

Existen cuestionarios que se pueden utilizar dentro de la evaluación de estos síntomas. En la Guía Minsal 2011 de CPB se muestra una pauta de Evaluación rápida para la Atención Primaria (Anexo 1) que puede ser utilizado en el enfrentamiento inicial. A nivel internacional existe el ICIQ-MLUTS o el IPSS<sup>9</sup>, siendo este último el más utilizado, consta de 7 preguntas que evalúan síntomas de almacenamiento y miccionales, y agrega una pregunta de calidad de vida ([https://www.1aria.com/images/imagenes\\_subidas/ESCALA\\_INTERNACIONAL\\_DE\\_SINTOMAS\\_PR\\_OSTATICOS.pdf](https://www.1aria.com/images/imagenes_subidas/ESCALA_INTERNACIONAL_DE_SINTOMAS_PR_OSTATICOS.pdf)). No es una herramienta de pesquisa ni diagnóstico, más bien evalúa severidad una vez hecho el diagnóstico y es útil en el seguimiento.

**Anexo1: Evaluación rápida para la atención primaria (GUÍA MINSAL 2011)**

**Historia clínica:**  
 Cuando el paciente es mayor de 50 años y presenta síntomas del tracto urinario inferior, la historia debe incluir estas tres preguntas básicas:

- ¿Se debe levantar Usted más de una vez en la noche para orinar?
- ¿Tiene Usted que esperar un largo tiempo para iniciar la micción, y tiene Usted que hacer fuerza para orinar?
- ¿Está Usted preocupado, o le molesta su forma de orinar actual?

**Otros importantes signos y síntomas son:**

- Sangre en la orina (hematuria)
- Pérdida del control de la micción (incontinencia)

El examen físico debe incluir zona abdominal, perineal y genital, evaluación motora y sensitiva de pelvis (músculatura piso pélvico, tono esfínter) y EEII (incluidos reflejos) especialmente si se sospecha causa neurológica. El tacto rectal está recomendado principalmente en el diagnóstico diferencial, evaluando el tamaño, simetría, presencia de nódulos, tono de esfínter y sensibilidad prostática. Se recomienda además para el screening de cáncer de próstata, pero su uso es controversial, ya que la sensibilidad y especificidad son bajas en entornos de Atención Primaria (APS)<sup>10</sup>.

Se recomienda solicitar Uroanálisis en todo paciente que consulte por STUI, Urocultivo cuando hay signos de infección del tracto urinario (ITU), Creatinina si se sospecha daño renal asociado o en pacientes con comorbilidades (DM, Hipertensión). El Antígeno Prostático Específico (APE), como método de screening de cáncer de próstata (sospechar con APE > 4 ng/ml), y también antes y

durante el tratamiento con inhibidores de la 5-alfa reductasa (5-ARI), ya que éste disminuye los niveles de APE a la mitad. Como método de screening, generalmente no se recomienda antes de los 50 años, excepto en pacientes con factores de riesgo como antecedentes familiares o en afroamericanos, ni después de los 70 años o con menos de 10 años de expectativa de vida, pero la toma de decisión debe ser informada y compartida<sup>11</sup>.

Otras evaluaciones como imágenes, medición del volumen de orina residual, urodinamia o cistoscopia no son recomendadas rutinariamente y no modifican el enfrentamiento en APS, pero pueden solicitarse previo a derivación a urología cuando se sospeche diagnósticos diferenciales o daño renal derivado de la obstrucción<sup>9</sup>.

Se debe derivar a urología de manera prioritaria a hombres <45 años, con tacto rectal anormal, presencia de incontinencia o hematuria en ausencia de infección, falta de respuesta al tratamiento inicial, hombres que desean tratamiento quirúrgico, síntomas severos o antecedente de volumen de orina residual aumentado.

## **MANEJO**

Una vez hecho el diagnóstico de STUI asociado a CPB, evaluado su gravedad y descartado razonablemente otras etiologías posibles, podemos plantear iniciar tratamiento, siempre y cuando estos síntomas afecten la calidad de vida del paciente y poniendo en la balanza los posibles efectos adversos (EA) de los fármacos.

## **MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:**

En todos los pacientes se recomienda modificar conductas que pueden ayudar a disminuir las molestias asociadas a los STUI, acompañado o no de tratamiento farmacológico. Estas son:

- Restringir la ingesta de líquidos antes de acostarse o antes de salir
- Orinar sentado en lugar de orinar de pie
- Doble micción para lograr el vaciamiento completo de la vejiga
- Reducir el consumo de diuréticos débiles como el café o el alcohol
- Evitar la indicación de medicamentos que puedan exacerbar síntomas como los diuréticos o inducir retención urinaria (anticolinérgicos, simpaticomiméticos, etc)
- “Ordeñar” uretra para evitar goteo post miccional
- Reentrenamiento vesical y técnicas de distracción para disminuir síntomas irritativos

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

Hay 4 grupos de fármacos que se utilizan habitualmente en el tratamiento de STUI relacionados con CPB (Tabla 2), pueden utilizarse como monoterapia o de manera combinada en pacientes con síntomas más graves (IPSS >20) o con más riesgo de progresión (por ejemplo: próstata más grande).

**Tabla 2: Fármacos utilizados en el tratamiento de STUI**

GRUPO FARMACOLÓGICO	MECANISMO DE ACCIÓN	INDICACIÓN	EFFECTOS ADVERSOS
<b>Bloqueadores Alfa-1 (AB)</b>  Terazosina, doxazosina, tamsulosina, alfuzosina y Silodosina	Relajación del músculo liso del cuello vesical, cápsula y uretra prostática	Terapia inicial en la mayoría de los pacientes, efectivos a corto y largo plazo	Cefalea, mareos, hipotensión, disfunción eyaculatoria, rinitis
<b>Inhibidores de 5-alfa reductasa (5-ARI)</b>  Dutasterida y finasterida	Reducción de tamaño de próstata. Reduce necesidad de cirugía	Alternativa a AB por efectos adversos. Uso combinado con AB Eficacia a largo plazo (6-12 meses)	Disfunción sexual, ginecomastia.
<b>Anticolinérgicos (AC)</b>  Tolterodina, oxibutinina, darifenacina, solifenacina, fesoterodina y tropio	Inhibición de la contracción de músculo liso de vejiga/detrusor	Predominio de síntomas irritativos. Uso combinado con AB.	Boca seca, constipación, alteraciones visuales, riesgo de retención urinaria
<b>Inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (iPDE-5)</b>  Tadalafilo	Podría tener relación con factores como perfusión, inflamación, vías reflejas espinales, entre otros.	Alternativa en pacientes que tienen además disfunción eréctil	Cefalea, rubor y náuseas  *Tratamiento permanente sería muy costoso

Si bien las recomendaciones internacionales y expertos en nuestro país avalan la indicación de tratamiento farmacológico en APS, en nuestro país no se cuenta con el arsenal farmacológico en este nivel y la Guía Minsal de CPB del 2011 contempla la derivación a urología para garantizar el acceso a tratamiento farmacológico.

## CONCLUSIONES

Los STUI son un problema frecuente en hombres de mayor edad que afectan su calidad de vida y la de su entorno y cuya causa más frecuente es el CPB. Es importante hacer el diagnóstico diferencial del CPB con otras causas para definir si se puede indicar tratamiento en APS o requiere derivación inmediata a urología, a través de una buena anamnesis que debe incluir un cuestionario para evaluar gravedad (IPSS), examen físico que incluya tacto rectal y algunos exámenes de laboratorio. El tratamiento debe incluir medidas no farmacológicas en todos los pacientes y se puede indicar tratamiento farmacológico en pacientes que puedan costearlo, educando siempre sobre los posibles efectos adversos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A; Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The

standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003 Jan;61(1):37-49. doi: 10.1016/s0090-4295(02)02243-4. PMID: 12559262.

2. Abrams P, Chapple C, Khoury S, Roehrborn C, de la Rosette J; International Scientific Committee. Evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in older men. *J Urol*. 2009 Apr;181(4):1779-87. doi: 10.1016/j.juro.2008.11.127. Epub 2009 Feb 23. PMID: 19233402.
3. Speakman M, Kirby R, Doyle S, Ioannou C. Burden of male lower urinary tract symptoms (LUTS) suggestive of benign prostatic hyperplasia (BPH) - focus on the UK. *BJU Int*. 2015 Apr;115(4):508-19. doi: 10.1111/bju.12745. Epub 2014 Oct 16. PMID: 24656222.
4. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Artibani W, Herschorn S. Prevalence, severity, and symptom bother of lower urinary tract symptoms among men in the EPIC study: impact of overactive bladder. *Eur Urol*. 2009 Jul;56(1):14-20. doi: 10.1016/j.eururo.2009.02.026. Epub 2009 Mar 3. PMID: 19278775.
5. Margozzini, P., & Passi, Álvaro. (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 43(1), 30-34. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v43i1.1354>Gacci M, Corona G, Sebastianelli A, Serni S, De Nunzio C, Maggi M, Vignozzi L, Novara G, McVary KT, Kaplan SA, Gravas S, Chapple C. Male Lower Urinary Tract Symptoms and Cardiovascular Events: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol*. 2016 Nov;70(5):788-796. doi: 10.1016/j.eururo.2016.07.007. Epub 2016 Jul 20. PMID: 27451136.
6. Gacci M, Corona G, Vignozzi L, Salvi M, Serni S, De Nunzio C, Tubaro A, Oelke M, Carini M, Maggi M. Metabolic syndrome and benign prostatic enlargement: a systematic review and meta-analysis. *BJU Int*. 2015 Jan;115(1):24-31. doi: 10.1111/bju.12728. Epub 2014 Aug 16. PMID: 24602293.
7. Kevin T McVary, MD, FACS. Clinical manifestations and diagnostic evaluation of benign prostatic hyperplasia. UpToDate.
8. European Association of Urology Guidelines 2020. Management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (luts) - update march 2020
9. Najj L, Randhawa H, Sohani Z, Dennis B, Lautenbach D, Kavanagh O, Bawor M, Banfield L, Profetto J. Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. 2018 Mar;16(2):149-154. doi: 10.1370/afm.2205. PMID: 29531107; PMCID: PMC5847354.
10. Felipe Pauchard, Sebastián Blackburn B., Kristian Grego P., Rodrigo Leyton N., Pablo Oyanedel, M., Fernando Verdugo, Juan Carlos Sandoval, Jaime Durruty, Álvaro Marchant, Jaime Altamirano V., Javier Hargous, Camilo Ayala. SCREENING EN CÁNCER DE PRÓSTATA, ¿EN QUÉ ESTAMOS AHORA? REVISIÓN DE LA LITERATURA. REVISTA CHILENA DE UROLOGÍA / Volúmen 82 / Nº 4 / año 2017