

SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR

STUI es el acrónimo de síntomas del tracto urinario inferior, que se utiliza para describir y clasificar una serie de síntomas que se relacionan con distintas patologías, especialmente del tracto urinario inferior. Incluyen patologías relativas a la próstata, uretra y vejiga, pero también otras relacionadas con diferentes áreas como la neurológica, endocrina, renal y cardiológica.

CAUSAS DE STUI

En ocasiones STUI y OBP (obstrucción prostática benigna) son dos términos que se solapan o se confunden. Aunque en muchos varones el crecimiento benigno de la próstata genera STUI, estos síntomas no siempre se producen por OBP, si no que la etiología del STUI es multifactorial.

| Causas urológicas | Causas no urológicas |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Hiperplasia benigna de la próstata (HBP). • Vejiga hiperactiva. • Poliuria nocturna. • Infección del tracto urinario (ITU). • Litiasis urinaria. • Prostatitis. • Infecciones de transmisión sexual (ITS). • Cáncer (próstata avanzado o vesical). • Disfunción neurógena vesical. • Cuerpo extraño vesical o uretral. • Estenosis infravesical distinta a la HBP: estenosis uretral, estenosis del meato, hipertrofia primaria del cuello vesical, fimosis puntiforme. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades sistémicas que producen o empeoran STUI: DM (poliuria), IC (nocturia) o la presencia de enfermedades neurológicas que aumentan la sospecha de la presencia de una vejiga neurógena (Parkinson, esclerosis múltiple, ACV, lesiones medulares, patología de discos intervertebrales lumbosacros). • Consumo de fármacos que pueden favorecer la presencia de STUI. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de la contractilidad vesical: antihistamínicos de primera generación, o fármacos con actividad anticolinérgica, antiespasmódicos, antiinflamatorios no esteroideos, calcio-antagonistas ✓ Aumento de la frecuencia miccional: diuréticos. ✓ Aumento del tono prostático: antidepresivos tricíclicos, ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). ✓ Estimulación de la contractilidad vesical: agonistas colinérgicos. ✓ Aumento de la resistencia a la salida de la vejiga: simpaticomiméticos, levodopa, beta-bloqueantes, benzodiacepinas, opiáceos. • Consumo de irritantes vesicales (síntomas de llenado): cafeína, té, alcohol. • Consumo excesivo de líquidos o consumo a horas intempestivas |

Tabla extraída de Manual Práctico: Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. SEMG.¹

SINTOMAS

Los STUI se pueden clasificar en tres grandes categorías:

1. **Síntomas de llenado** (almacenamiento vesical): urgencia miccional, frecuencia, incontinencia de urgencia, nicturia
2. **Síntomas de vaciado** (micción): chorro débil e intermitente, micción en regadera, esfuerzo miccional, goteo terminal
3. **Síntomas posmiccionales**: goteo postmicción, sensación de vaciado no completo
4. **Síntomas relacionados con la progresión del proceso prostático**: incontinencia urinaria por rebosamiento, ITU, retención aguda de orina, complicaciones de obstrucción de tracto urinario superior....

En la mayor parte de los pacientes los síntomas son mixtos, con predominio de los de llenado; siendo estos los que más interfieren en las actividades de su vida diaria.

DIAGNOSTICO

Las pruebas disponibles las podemos clasificar en:

| Obligatorias | Recomendadas | Opcionales | No recomendadas |
|--------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Historia clínica | IPSS | Flujometría | Citología |
| Exploración física | PSA | Diario Miccional | Cistoscopia |
| Tacto rectal | Función renal | Función sexual (SHIM, IIFE) | Ecografía transrectal |
| Uroanálisis | Residuo posmiccionales | | Urografía IV |
| | Ecografía abdominal | | UROTAC |
| | | | RMN transrectal |

Obligatorias: estudio inicial en todo paciente con STUI

- **Historia clínica:** anamnesis general y síntomas urinarios.
- **Exploración física general:** centrándonos en la zona abdomino-pélvica, incluyendo tacto rectal siempre. En este debemos valorar: la mucosa rectal, tono del esfínter anal, dolor a la palpación, tamaño, consistencia, límites y la movilidad de la próstata y se debe valorar el reflejo bulbocavernoso.
- **Análisis de orina** (tira reactiva o sedimento de orina).

Con estas 3 pruebas iniciales se pueden caracterizar los STUI y realizar un diagnóstico etiológico de sospecha. Ante la sospecha de HBP, se pueden realizar el siguiente grupo de PPCC recomendadas:

Recomendadas: uso generalizado si se sospecha HBP

- **Cuestionario IPSS.** Clasifica la gravedad de los síntomas.
- **PSA.** Es un marcador de tejido prostático, predictor de crecimiento prostático y de progresión clínica. Es importante establecer unos límites:
 - o Estima riesgo de progresión clínica (PSA > 1,4 ng/mL).
 - o Diagnóstico de sospecha de cáncer de próstata (PSA > 10 ng/mL, PSA total entre 4 y 10 ng/mL y PSA libre/PSA total < 20%)
- **Determinación de la función renal:** filtrado glomerular y creatinina plasmática.
- **Medición del residuo posmiccional y volumen prostático** mediante la ecografía reno-vesico-prostática. Dato clave para valorar el riesgo de progresión de los síntomas.

Opcionales. De forma opcional y en función de los resultados obtenidos previos, se puede completar el estudio con otras pruebas:

- **Diario miccional:** valoración de los hábitos miccionales y de ingesta de durante 3 días. Se recomienda ante la presencia de nocturia, escapes de orina o predominio de los síntomas de llenado.
- **Valoración de la función eréctil** mediante cuestionario de salud sexual para hombres (SHIM)
- **Flujometría.** Poco accesible desde atención primaria.

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento son aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida, así como prevenir la evolución y el desarrollo de complicaciones. Las opciones de tratamiento son:

- Tratamiento no farmacológico.
- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento quirúrgico

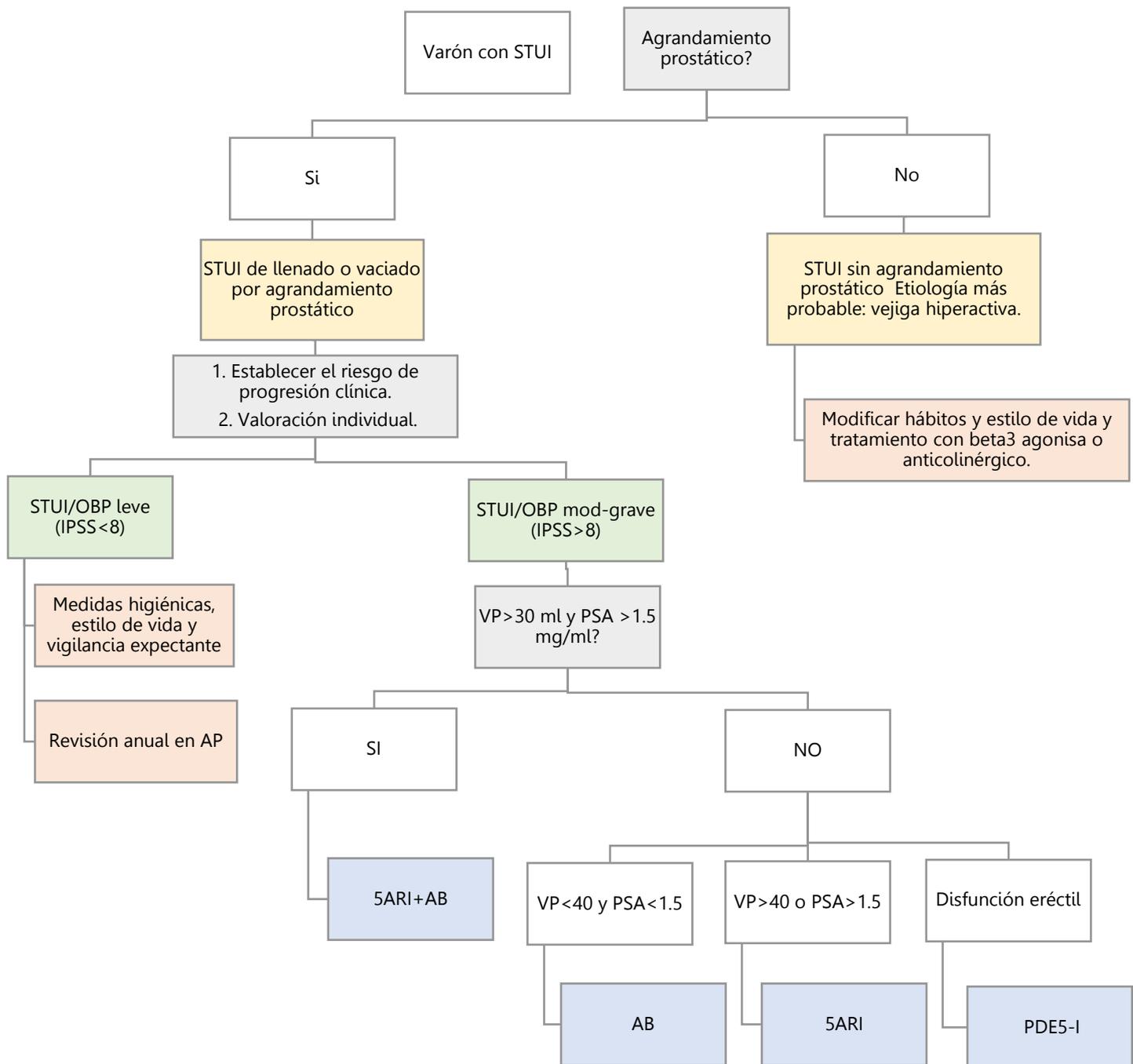
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Se basa en medidas conductuales y cambios en el estilo de vida: reducir la ingesta de líquidos en momentos específicos, evitar cafeína y alcohol, reentrenar la vejiga intentando aumentar su capacidad de llenado y el tiempo entre micciones. También debemos revisar los medicamentos y optimizarlos y realizar un correcto tratamiento del estreñimiento.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

| | |
|---|---|
| Bloqueadores de los receptores alfa1-adrenérgicos (AB) | <ul style="list-style-type: none"> - Recomendados varones con STUI moderado-grave. - Reducen los síntomas prostáticos, mejora el IPSS y aumentan el QMax. No tiene ningún efecto sobre el volumen de la próstata ni modifican el curso de la enfermedad ni valores del PSA. - Producen efecto e a partir de la segunda-cuarta semana. - Bloqueantes uroselectivos: tamsulosina y silodosina. - Efectos secundarios: cardiovasculares (hipotensión postural, mareos, palpitaciones, edema, síncope). Síndrome del iris flácido. |
| Inhibidores de la 5alfa-reductasa (5ARI) | <ul style="list-style-type: none"> - Indicados en pacientes con síntomas moderados-graves, que tienen próstata agrandada (vol >40 ml). - Reducen los síntomas, mejoran IPSS y aumentan el Qmax. Además, disminuyen el tamaño de la próstata y disminuyen el valor del PSA, modifican el curso de la enfermedad. - Producen efecto a partir del 6º mes. - Ejemplos: dutasterida, finasterida. - Efectos secundarios: disfunción eréctil, disminución de la libido, trastornos eyaculatorios, ginecomastia... |
| Inhibidores de fosfodiesterasa 5 (PDE5) | <ul style="list-style-type: none"> - Importante asociación entre STUI y disfunción eréctil. - Solo está aprobada la autorización de Tadafilo 5 mg en varones con STUI con o sin disfunción eréctil. |
| Agonistas de los receptores beta3 adrenérgicos | <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda para el tratamiento de STUI moderado-grave con predominio de los síntomas de llenado. - Ejemplo Mirabegron. - Está contraindicado en pacientes con hipertensión grave no controlada. |
| Anticolinérgicos | <ul style="list-style-type: none"> - Se utilizan en pacientes con STUI moderado-grave con predominio de los síntomas de llenado, ya que aumentan la capacidad funcional de llenado de la vejiga. - Ejemplo solifenacina. - Contraindicados en pacientes con un residuo postmiccional de >150 ml. |
| S. REPENS | <ul style="list-style-type: none"> - Se utiliza cuando no se toleran los anteriores fármacos. El principio activo es un extracto lipídico esterólico de <i>Serenoa repens</i> |

ALGORITMO DE TRATAMIENTO



* Valorar combinación AB/AM sí, pese a tratamiento, persisten STUI de llenado.

* Combinaciones disponibles de tratamientos en un comprimido:

- Dutasterida/Tamsulosina
- Finasterida/doxazosina
- Solifenacina/Tamsulosina.

SEGUIMIENTO

- **Pacientes con STUI leves sin tratamiento** -> seguimiento anual en atención primaria.
- **Pacientes con STUI moderado-grave con tratamiento:**
 - o Si AB, tadalafilo o anticolinérgico -> seguimiento el 1^{er} mes (valorar tolerancia), el 3^{er} mes (IPSS), al año (IPSS). Si la situación es estable, realizaremos un seguimiento anual con anamnesis e IPSS.

- Si 5-ARI -> seguimiento el 1^{er} mes (valorar tolerancia), el 6^o mes (IPSS+ PSA), al año (IPSS+PSA). Si la situación es estable, realizaremos un seguimiento anual con anamnesis, IPSS y PSA.
 - * EL PSA se pedirá hasta que la esperanza de vida sea inferior a los 10 años.
 - * **PSA NADIR:** Durante el primer año, se consigue la reducción del PSA, obteniendo el valor más bajo de PSA que se considera el PSA nadir. En los seguimientos posteriores, si en algún momento, el PSA aumenta 0.3 ng/ml respecto a ese valor nadir, lo indicado es repetir la determinación en 4-6 semanas. Si esta elevación se mantiene >0.3 se debe derivar a Urología para descartar carcinoma de próstata.

DERIVACIÓN A UROLOGÍA

Durante la valoración inicial:

| | |
|-------------------------------|--|
| Sospecha de Ca de próstata | <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal patológico o sospechoso. • PSA > 10 ng/mL. • PSA ente 4 y 10 ng/mL y PSA libre/PSA total <20%. |
| Presencia de complicaciones. | <ul style="list-style-type: none"> • Litiasis vesical. • Divertículos vesicales. • Dolor pélvico-genital. • Uropatía obstructiva con/sin insuficiencia renal. • Macro o microhematuria persistente, no justificada. • Retención aguda de orina o signos de retención crónica de orina. • Residuo posmiccional > 150 mL. • Función renal alterada (creatinina > 1,5 mg/dL o filtrado glomerular disminuido). • Gran afectación de la calidad de vida y limitación. |
| Necesidad de ampliar estudios | <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de cirugía radical y/o irradiaciones pélvicas. • Antecedente de traumatismo uretral y/o fractura pélvica. • Antecedentes de infección de transmisión sexual y sospecha de secuelas uretrales. • Instrumentación uretral previa, con antecedentes o posibilidad de estenosis. • Diabetes mellitus mal controlada con neuropatía y afectación vesical • Sospecha de enfermedad neurológica relacionada con vejiga neurógena: enfermedad de Parkinson o esclerosis múltiple de larga evolución, accidente vasculo-cerebral grave, lesiones medulares sacras. • Diagnóstico incierto. • Edad menor de 50 años. |

Tabla extraída de Manual Práctico: Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. SEMG.¹

Durante el seguimiento

| | |
|---|---|
| Síntomas refractarios pese al tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Mala respuesta al tratamiento farmacológico (reducción de la puntuación del cuestionario IPSS <4 puntos). Monoterapia con AB, AM, 5-ARI, IPDE-5 y combinación AB/AM: después de 3 meses de tratamiento. Combinación AB/ 5-ARI: después de 6 meses de tratamiento. • Empeoramiento de los síntomas o refractariedad (incremento de la puntuación de cuestionario IPSS ≥4 puntos). • Imposibilidad de realizar tratamiento farmacológico |
| Complicaciones durante el seguimiento. | <ul style="list-style-type: none"> • Aparición de complicaciones o aparición de nuevos síntomas durante el seguimiento • En tratados con 5-ARI: elevación del PSA ≥0,3 ng/mL respecto al valor más bajo obtenido durante el tratamiento, confirmada y mantenida a las 4-6 semanas. |

Tabla extraída de Manual Práctico: Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. SEMG.¹

BIBLIOGRAFÍA

1. Semg.es. [citado el 28 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.semg.es/images/2022/Documentos/Criterios_Derivacion_Manejo_Integral_paciente_con_STUI.pdf
2. Semergen.es. [citado el 28 de mayo de 2024]. Disponible en: https://semergen.es/files/docs/biblioteca/guias/18-07-27_Miniguias_STUI.pdf
3. Alcántara Montero A, Brenes Bermúdez FJ, Fernández Fernández L, Martínez-Berganza Asensio ML, Pérez León N. Actualización en el tratamiento médico de los síntomas del tracto urinario inferior en el varón. Semergen [Internet]. 2016;42(1):31–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.04.013>
4. Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, et al. Directrices sobre el tratamiento de los STUI no neurogénicos en el varón [Internet]. Aeu.es. [citado el 28 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.aeu.es/UserFiles/19-DIRECTRICES_SOBRE_EL_TRATAMIENTO_DE_LOS_STUI.pdf