



1

Evaluación en Atención Primaria de pacientes con patología de las vías urinarias bajas por hiperplasia benigna de próstata

¿Cómo evaluar a un paciente con hiperplasia benigna de próstata en Atención Primaria? Criterios de derivación

Jesús Manuel Caeiro Castelao, José María Sánchez Merino, Venancio Chantada Abal

Introducción

La alteración de la micción debida a la hiperplasia benigna de próstata (HBP) se traduce en los denominados síntomas del tracto urinario inferior. No obstante, la sintomatología del tracto urinario inferior no siempre es debida a la HBP. Una detallada historia clínica permitirá, en la mayoría de los casos, un correcto diagnóstico.

Diagnóstico

La evaluación del paciente con sospecha de sintomatología del tracto urinario inferior por HBP comprende la anamnesis, la exploración física con tacto rectal, un análisis de orina y una bioquímica sanguínea, incluyendo el antígeno prostático específico (PSA) [1].

La **anamnesis** se orientará hacia la búsqueda de síntomas irritativos (polaquiuria, nocturia, urgencia miccional, incontinencia de urgencia y dolor suprapúbico) y obstructivos (dificultad miccional, chorro débil o vacilante, goteo postmiccional, micción entrecortada y sensación de vaciado incompleto). Los síntomas irritativos suelen ser los que causan más molestias al enfermo y son motivo de consulta principal en muchos casos, aun con chorros miccionales muy flojos, de larga evolución, que el paciente considera normales en relación con el proceso de envejecimiento. Una herramienta válida para valorar la intensidad de la sintomatología, aunque no sustituye a la historia clínica, es el **IPSS** (International Prostate Symptom Score) [2]. Consta de 7 preguntas, que el paciente puntúa entre 0 y

5. Según la puntuación total, el cuadro se puede dividir en leve (menos de 8 puntos), moderado (entre 8 y 19) y severo (más de 20). El cuestionario incluye una pregunta adicional sobre calidad de vida (4 o más puntos indican afectación de ésta) [1]. Aunque su utilidad es indudable, no siempre es de fácil aplicación, sobre todo cuando el paciente tiene dificultades para la interpretación de las preguntas.

La **exploración física** debe ir encaminada a descartar enfermedades neurológicas que pueden causar sintomatología del tracto urinario inferior, fiebre o signos de afectación renal que pueden indicar la presencia de una infección urinaria o de globo vesical. El tacto rectal constituye una parte esencial de la exploración física. Normalmente se palpa una glándula lisa, simétrica, con un surco medio y dos lóbulos laterales, blanda o fibroelástica y con límites definidos. El surco medio se puede perder con el crecimiento progresivo de la glándula. El tacto rectal puede ser descrito como «desagradable», pero no debe ser doloroso, salvo en el caso de prostatitis aguda o ante la presencia concomitante de fisuras anales o enfermedad hemorroidal. La consistencia pétreo en algún punto de la próstata, la presencia de nódulos o la pérdida de los límites de la glándula deben hacer pensar en una enfermedad tumoral maligna. Sin embargo, un tacto rectal normal no descarta un carcinoma prostático.

Se debe realizar una **tira reactiva de orina** para detectar nitritos, leucocitos, proteínas y microhematuria [1]. La presencia de sangre debe confirmarse mediante un sistemático de orina.

Dado que el crecimiento prostático por HBP puede causar obstrucción urinaria baja con repercusión en el aparato urinario superior e insuficiencia renal secundaria, la Asociación Europea de Urología [3] y la Asociación Española de Urología [1] recomiendan hacer una determinación de la **creatinina plasmática** en la evaluación inicial de paciente con HBP. Si existe alteración de la función renal, se debe solicitar una ecografía urológica para descartar uropatía obstructiva. La Asociación Española de Urología recomienda, además, determinar la **glucemia** para descartar la diabetes como una posible causa de la sintomatología del paciente [1].

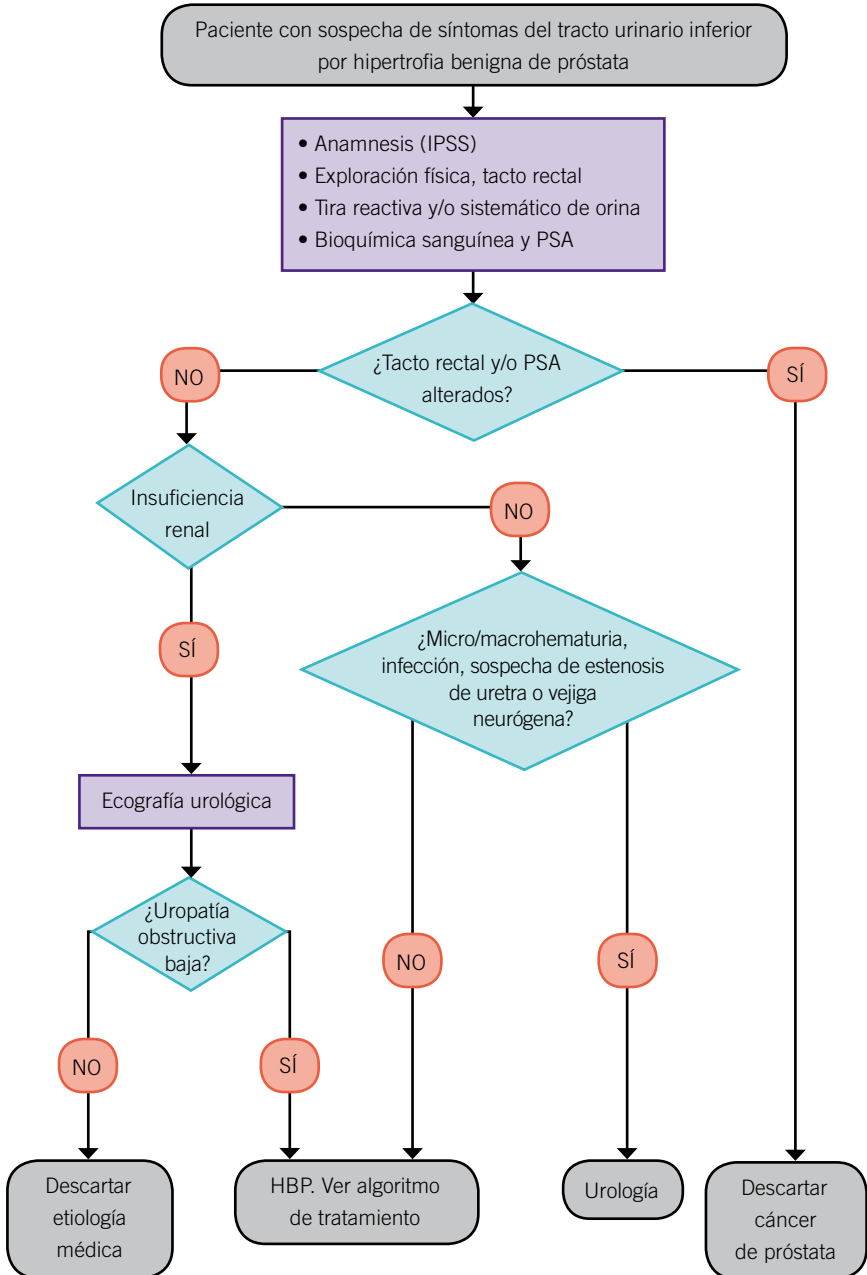
Por último, atendiendo al tema que nos ocupa, se recomienda valorar los niveles de **antígeno prostático específico (PSA)** en todos los pacientes varones mayores de 50 años con sintomatología del tracto urinario inferior [1]. Para más información sobre el PSA consultar el capítulo 2.1. «¿Cómo evaluar a un paciente con sospecha de cáncer de próstata en Atención Primaria? Criterios de derivación».

Criterios de derivación

Si la evaluación inicial revela la presencia o no de síntomas del tracto urinario inferior asociados con alteración del tacto rectal sugestivo de cáncer de próstata, niveles alterados de PSA, infecciones urinarias de repetición, retención urinaria, sospecha o historia previa de estenosis de uretra, hematuria o enfermedad neurológica que pueda afectar a la función vesical, el paciente debería ser remitido al urólogo [4].

Bibliografía

- [1]. Castiñeiras J, Cozar JM, Fernández-Pro A, Martín JA, Brenes FJ, Naval E, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. *Actas Urol Esp.* 2010;34(1):24-34.
- [2]. <http://www.aeu.es/PDF/IPSS.pdf>
- [3]. De la Rosette J, Alivizatos G, Madersbacher S, Rioja C, Nordling J, Emberton M, et al. Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia. European Association of Urology 2007. Disponible en: <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/>
- [4]. McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, Barry MJ, Bruskewitz C, Donnell RF, Foster HE, et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 2011. 185(5): 1793-803.



¿Cómo tratar y hacer el seguimiento de un paciente con hiperplasia benigna de próstata en Atención Primaria?

José María Sánchez Merino, Venancio Chantada Abal, Jesús Manuel Caeiro Castelao

Introducción

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) se caracteriza histológicamente por el crecimiento progresivo de la glándula prostática debido a un proceso proliferativo no maligno que incluye tantos elementos epiteliales como estromales [1]. Este crecimiento provoca la aparición de la sintomatología del tracto urinario inferior por dos mecanismos: obstrucción directa del flujo de salida (componente estático) e incremento del tono del músculo liso (componente dinámico) [2]. Sin embargo, el grado de aumento del tamaño de la próstata no guarda relación con la intensidad de la sintomatología. Además, el aumento de la sintomatología del paciente con la edad no siempre se acompaña de un empeoramiento de la calidad de vida, lo que indica cierta capacidad de adaptación individual [3]. Para complicar más el manejo de estos pacientes, algunos síntomas pueden mejorar de forma espontánea [4].

Para la valoración de la gravedad de la sintomatología y de la calidad de vida relacionada con los síntomas del tracto urinario inferior se dispone de una herramienta útil, el Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS, International Prostate Symptom Score) [5]. Sin embargo, su aplicación en la práctica clínica no siempre es sencilla y, de cualquier manera, no sustituye a la historia clínica.

Tratamiento para la hiperplasia benigna de próstata

Se recomienda el **tratamiento médico** a aquellos pacientes con sintomatología molesta, habitualmente con un IPSS mayor o igual a 8 [3]. Si se decide iniciar un

tratamiento médico, la decisión estará influenciada por el tamaño de la próstata, las comorbilidades y la preferencia del paciente. No se recomiendan los suplementos dietéticos, agentes fitoterápicos ni otros tratamientos no convencionales para el manejo de los síntomas del tracto urinario inferior secundarios a HBP [2,4].

Los **bloqueantes alfa-adrenérgicos** actúan fundamentalmente sobre el aspecto sintomático de la HBP. No tienen ningún efecto sobre el volumen de la próstata y su eficacia, que no depende del tamaño de ésta, es similar en todos los grupos de edad. No previenen la retención urinaria aguda en los estudios a largo plazo [3,4]. Sus efectos clínicos se manifiestan en horas o días [4]. Todos los alfa-bloqueantes tienen una eficacia similar en dosis adecuadas. Los mareos, el efecto secundario más frecuente [6], se minimizan al administrarlos por la noche y desaparecen al retirarlos [3]. Para reducir al mínimo los episodios adversos se recomienda utilizar un escalonamiento de la dosis al iniciar el tratamiento con doxazosina y terazosina; sin embargo, no es necesario con alfuzosina, tamsulosina y silodosina [2]. Debido a su rápido inicio de acción puede plantearse el uso intermitente de este tipo de medicamentos en pacientes con una intensidad fluctuante de los síntomas [4].

El síndrome del iris flácido intraoperatorio, constituido por la asociación de flacidez iridiana, tendencia al prolapso del iris a través de las incisiones corneales y pérdida progresiva de la midriasis farmacológica a lo largo de la cirugía de la catarata, se ha relacionado con el consumo crónico de antagonistas adrenérgicos y, de forma muy especial, con el consumo de tamsulosina. Su efecto se cree debido a la inhibición continuada del músculo dilatador de la pupila, lo que conduce a su atrofia [7]. Por todo ello, los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de las cataratas deberían evitar el tratamiento con alfa-bloqueantes hasta la resolución de dicha patología [2].

Los **inhibidores de la 5-alfa reductasa**, como finasterida (inhibidor de la isoenzima 1) y dutasterida (inhibidor de las isoenzimas 1 y 2), disminuyen el tamaño de la próstata en un 20-30% y reducen los niveles de PSA a la mitad de su valor de manera aproximada, por lo que para la evaluación precoz del cáncer de próstata se aconseja multiplicar por dos el valor de PSA una vez obtenido el beneficio terapéutico, que aparece a partir de los 3-6 meses [3]. Disminuyen la sintomatología y reducen el riesgo de retención urinaria en pacientes con volúmenes prostáticos a partir de 30-40 cm³. Los efectos secundarios más frecuentes son principalmente de la esfera sexual, debidos al bloqueo hormonal que realizan (7% de disfunción eréctil, 4% de disminución o pérdida de la libido; trastornos de la eyaculación y ginecomastia en menor medida) [8]. Los inhibidores de la 5-alfa

reductasa son una alternativa efectiva en los pacientes con hematuria refractaria secundaria a HBP, tras excluir otras causas de aquélla [2].

El **tratamiento combinado** consiste en la asociación de un alfa-bloqueante y un inhibidor de la 5-alfa reductasa. En comparación con la monoterapia con un alfa-bloqueante o un inhibidor de la 5-alfa reductasa, la terapia de combinación muestra mayores beneficios en cuanto a la mejoría en los síntomas del tracto urinario inferior, del flujo urinario y de prevención de la progresión de la enfermedad. Sin embargo, la terapia de combinación también se asocia con más efectos adversos. Por lo tanto, estaría especialmente indicado en aquellos pacientes con síntomas moderados o graves y próstata agrandada [2,4], por tacto rectal o ecografía, cuando se pretende un tratamiento a largo plazo, de al menos 1 año [4].

Por último, aunque queda fuera del ámbito de la Atención Primaria, se recomienda la cirugía para los pacientes que presentan insuficiencia renal secundaria a HBP, infecciones urinarias de repetición, hematuria macroscópica o litiasis vesical secundarias a HBP. La presencia de pseudodivertículos vesicales no es una indicación absoluta de cirugía, a menos que esté asociada con infecciones urinarias recurrentes o disfunción vesical progresiva [2]. En el caso de retención urinaria aguda se puede realizar un ensayo con un alfa-bloqueante y retirar la sonda vesical después de 1 semana de tratamiento.

Se recomienda la **vigilancia expectante** a aquellos pacientes con síntomas leves o IPSS menor de 8 [2,3]. También sería aplicable a aquellos pacientes con sintomatología moderada a severa, que no desean tratamiento y no tienen complicaciones derivadas de su HBP, esto es, insuficiencia renal, retención urinaria o infección [2]. Se trata de un programa de cambios en el estilo de vida, también recomendables para aquellos pacientes que siguen un tratamiento médico, tales como: evitar el sedentarismo y el estreñimiento; restricción de la ingesta de líquidos en determinadas horas con el objeto de reducir la frecuencia urinaria en determinados momentos del día, por ejemplo por la noche o antes de un evento social, pero sin reducir la ingesta total de líquidos diaria recomendada de 1.500-2.000 ml; evitar o moderar el consumo de cafeína y alcohol que, por su efecto diurético e irritante, puede aumentar la frecuencia, la urgencia y la nocturia; buen vaciado uretral para evitar el goteo postmiccional; técnicas de distracción mental para controlar los síntomas irritativos; reentrenamiento vesical, mediante el cual se anima al paciente a aguantar cuando tienen urgencia sensorial para aumentar la capacidad de la vejiga y el tiempo entre evacuaciones; revisar la medicación y optimizar su hora de administración o sustituir los fármacos por otros que tengan menos efectos secundarios urinarios [4].

Seguimiento

Para aquellos pacientes en vigilancia expectante se deberá reevaluar al paciente anualmente, como si fuese la primera vez, prestando atención al cambio de los síntomas o a su intensidad, o a la aparición de complicaciones.

Si el tratamiento médico del paciente con sintomatología del tracto urinario inferior secundaria a HBP resulta satisfactorio y bien tolerado en las revisiones entre los 3 y 6 meses, se procederá a seguimiento anual, repitiendo de nuevo toda la evaluación inicial. Si persiste la sintomatología molesta o el paciente no tolera el tratamiento, se debe derivar al paciente a Atención Especializada.

Bibliografía

- [1]. Bushman W. Etiología, epidemiología e historia natural. *Urol Clin North Am.* 2009;36(4):403-15. Edición española.
- [2]. McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, Barry MJ, Bruskewitz RC, Donnell RF, et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 2011;185(5):1793-803.
- [3]. Castiñeiras J, Cozar JM, Fernández-Pro A, Martín JA, Brenes FJ, Naval E, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. *Actas Urol Esp.* 2010;34(1):24-34.
- [4]. Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, et al. Guidelines on the Management of Non-neurogenic Male LUTS. European Association of Urology 2011. Disponible en: <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/>
- [5]. <http://www.aeu.es/PDF/IPSS.pdf>
- [6]. Auffenberg GB, Helfand BT, McVary KT. Tratamientos médicos consolidados en hiperplasia benigna de próstata. *Urol Clin North Am.* 2009;36(4):443-59. Edición española.
- [7]. González J, Santos D, Izquierdo C, Dorronzoro E. Apuesto a que toma tamsulosina. *Actas Urol Esp.* 2010;34(6):560-72.
- [8]. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damiao R, Major-Walker K, Nandy I, et al. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT Study. *European Urology.* 2010;57:123-31.

Algoritmo

