

STUI EN EL VARÓN

Sara Díaz Naranjo

Urólogo Hospital General de Segovia



STUI

- ❖ Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) afectan a una elevada proporción de varones a partir de los 40 años (62,5%), aumentando su frecuencia con la edad.
- ❖ Son un motivo frecuente de consulta de AP y de urología.
- ❖ En el estudio EpiLUTS, la prevalencia en varones de al menos un STUI, "a veces" fue del 72,3% y del 47,9% para "a menudo".



QUÉ PUEDO HACER YO DESDE AP

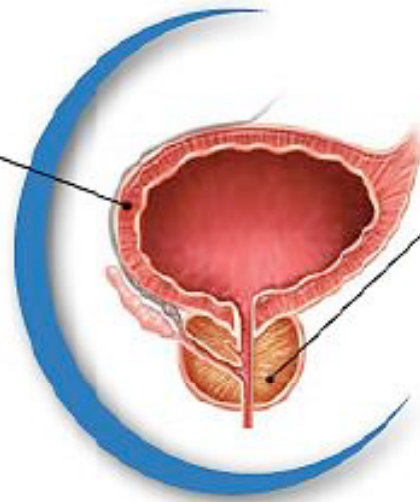
- 1) Clasificar a los pacientes con STUI en función de los síntomas predominantes.
- 2) Realizar un diagnóstico diferencial de los STUI.
- 3) Conocer el grado de gravedad de los STUI.
- 4) Establecer un diagnóstico específico de HBP.
- 5) Detectar la presencia de complicaciones y otras situaciones susceptibles de ampliar el estudio por urología.



SÍNTOMAS STUI

Síntomas de llenado

- Urgencia
- Nocturia
- Frecuencia
- Incontinencia urinaria de urgencia



Síntomas de vaciado

- Chorro débil
- Micción en regadera
- Chorro intermitente
- Retardo
- Esfuerzo miccional
- Goteo miccional

Síntomas posmiccionales

- Sensación de vaciado incompleto
- Goteo posmiccional

Los STUI en el varón suelen ser mixtos, con predominio en la mayoría de los casos de los síntomas de llenado.

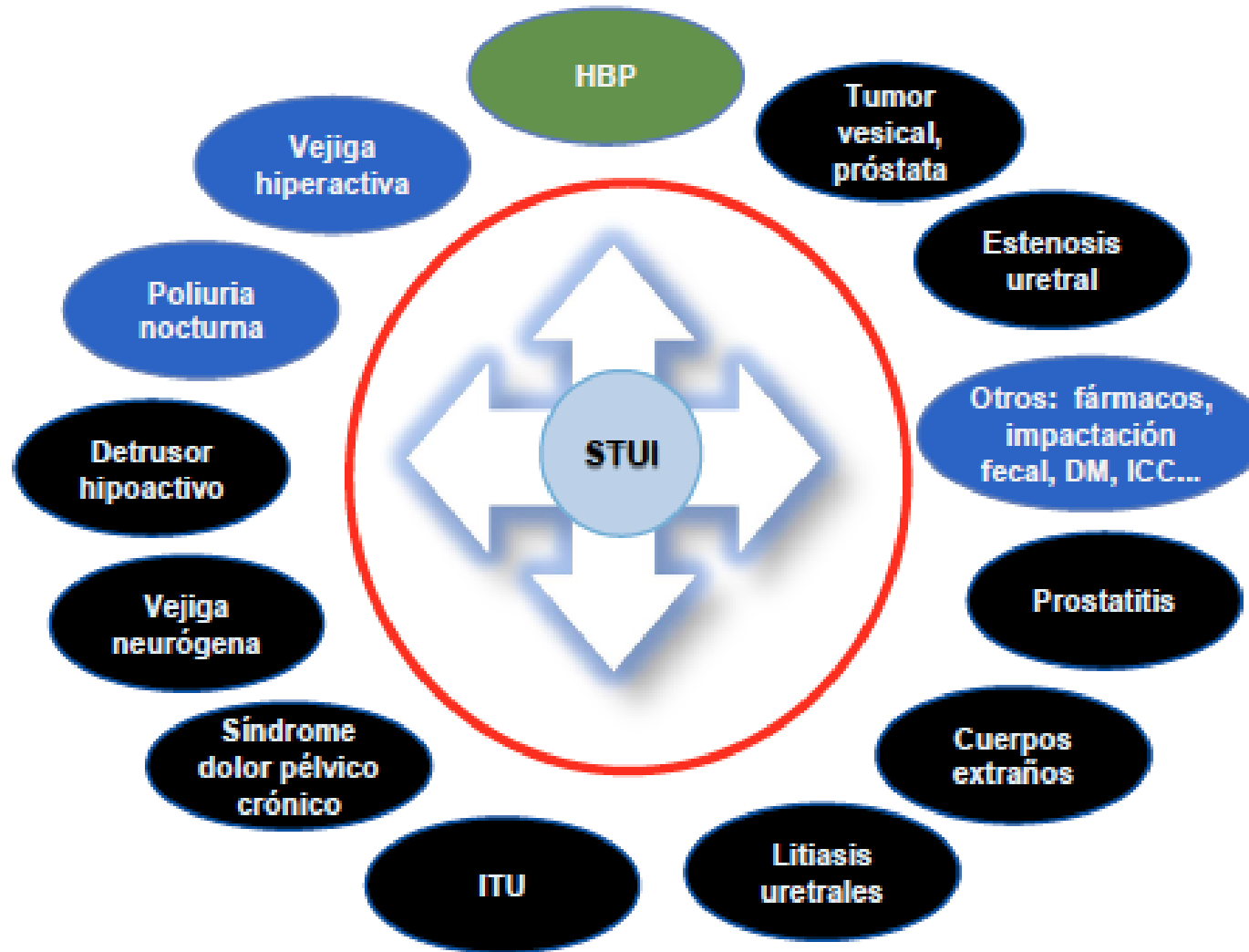


QUÉ PUEDO HACER YO DESDE AP

- 1) Clasificar a los pacientes con STUI en función de los síntomas predominantes.
- 2) Realizar un diagnóstico diferencial de los STUI.
- 3) Conocer el grado de gravedad de los STUI.
- 4) Establecer un diagnóstico específico de HBP.
- 5) Detectar la presencia de complicaciones y otras situaciones susceptibles de ampliar el estudio por urología.



Aun
en 2



sta
rial.



QUÉ PUEDO HACER YO DESDE AP

- 1) Clasificar a los pacientes con STUI en función de los síntomas predominantes.
- 2) Realizar un diagnóstico diferencial de los STUI.
- 3) Conocer el grado de gravedad de los STUI.
- 4) Establecer un diagnóstico específico de HBP.
- 5) Detectar la presencia de complicaciones y otras situaciones susceptibles de ampliar el estudio por urología.



Aunque los STUI en el varón rara vez amenazan la vida, impactan negativamente en la calidad de vida. Además, la obstrucción grave conduce a mayor riesgo de complicaciones. Los síntomas de llenado son los más prevalentes y los que más afectan la calidad de vida.



HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

- ❖ La prevalencia de HBP histológica es muy elevada y aumenta con la edad. Entre el 25-50% de los pacientes que presentan HBP histológica presentan síntomas relacionados. En relación con la HBP clínica, la prevalencia en España se calculó en el 11,8% en varones mayores de 40 años (0,75% entre 40 y 49 años, 30% en mayores de 70 años).
- ❖ Aunque la HBP esté presente, el origen de los síntomas no se atribuye exclusivamente a la próstata. El 48-68% de varones con obstrucción infravesical, probablemente relacionada con HBP, presenta signos urodinámicos de VH por hiperactividad del detrusor.



OBLIGATORIAS
(inicial en cualquier
paciente con STUI)

Historia clínica
general y urológica

Examen físico
general, abdomino-
pélvico y genital

Tacto rectal

Urianálisis

RECOMENDADAS
(uso generalizado si
sospecha de HBP)

IPSS y calidad de
vida

PSA

Función renal

Medición del
residuo
posmiccional

Eco abdominal
(STUI moderados a
graves)

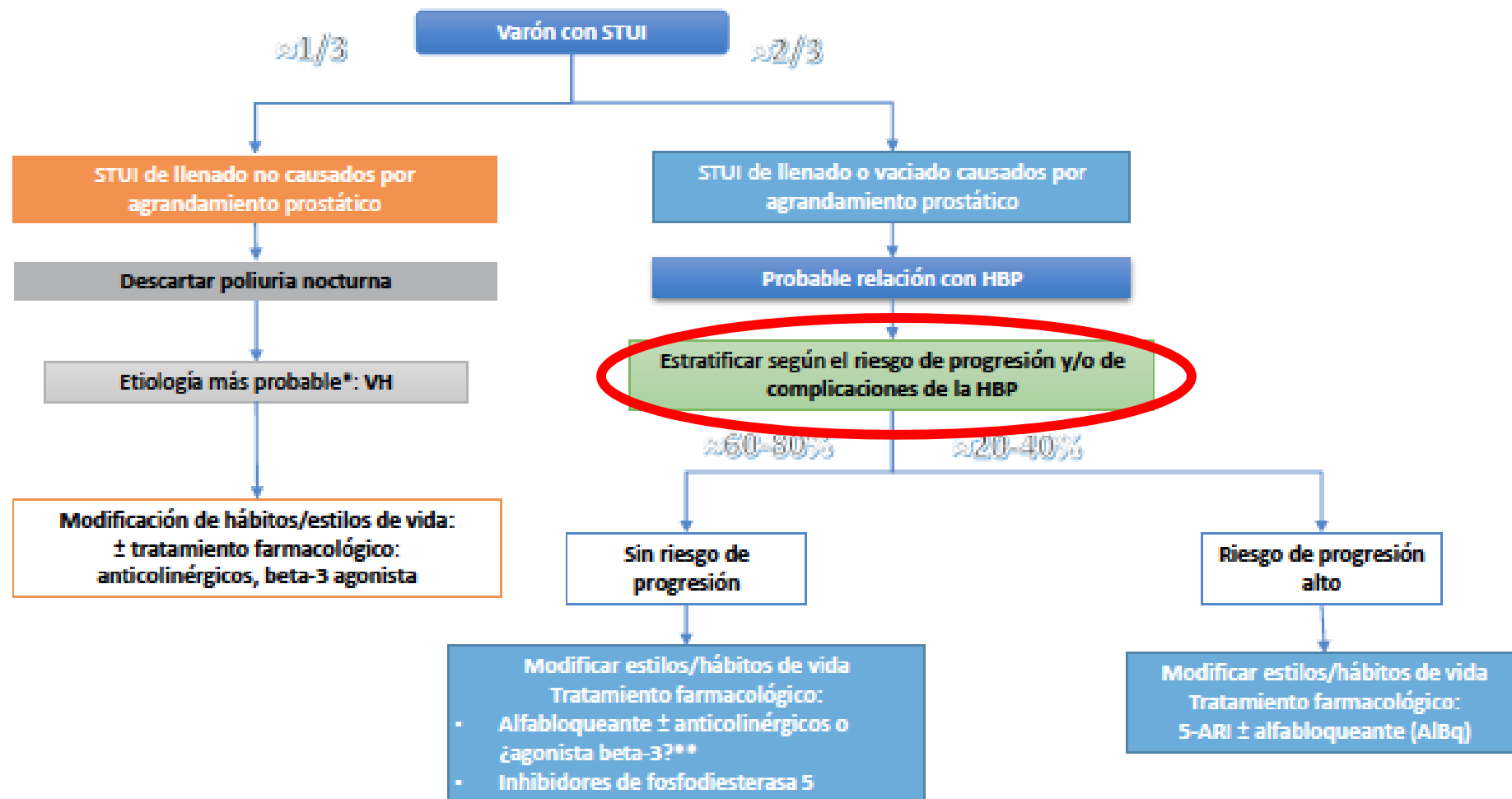
OPCIONALES
(en función de
hallazgos previos)

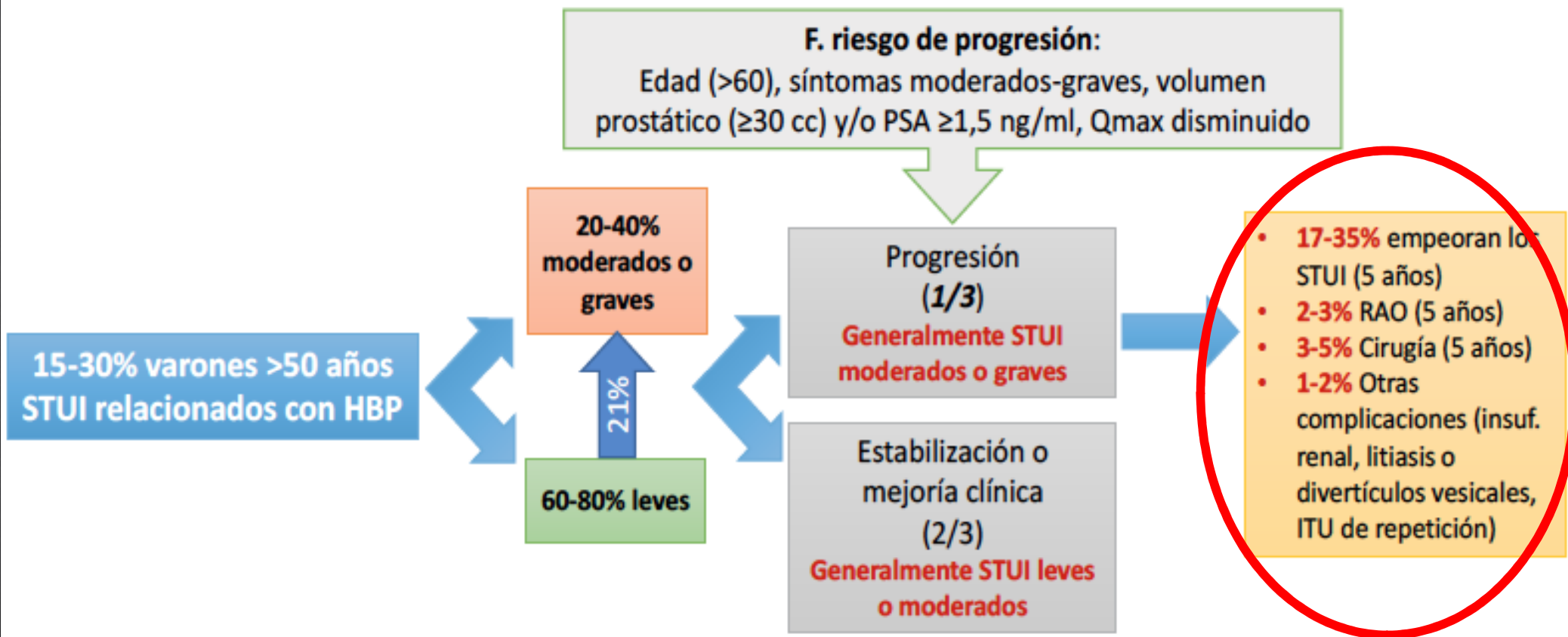
Flujometría

Diario miccional

Valorar la función
sexual:
(cuestionarios
SHIM- IIFE5)







QUÉ PUEDO HACER YO DESDE AP

- 1) Clasificar a los pacientes con STUI en función de los síntomas predominantes.
- 2) Realizar un diagnóstico diferencial de los STUI.
- 3) Conocer el grado de gravedad de los STUI.
- 4) Establecer un diagnóstico específico de HBP.
- 5) Detectar la presencia de complicaciones y otras situaciones susceptibles de ampliar el estudio por urología.



1

Sospecha de cáncer de próstata

- Tacto rectal patológico o sospechoso.
- PSA >10 ng/ml.
- PSA entre 4 y 10 ng/ml y PSA libre/PSA total <20%.



2

Presencia de complicaciones relacionadas con la HBP

- Litiasis vesical.
- Divertículos vesicales.
- Dolor pélvico-genital.
- Uropatía obstructiva con/sin insuficiencia renal.
- Macro o microhematuria persistente, no justificada.
- Retención aguda de orina (RAO) o signos de retención crónica de orina.
- RPM >150 mL.
- Función renal alterada (creatinina >1,5 mg/dL o filtrado glomerular disminuido).
- Gran afectación de la calidad de vida y limitación.



3

Necesidad de ampliar el estudio por sospecha de entidades graves diferentes de HBP

- Instrumentación uretral previa.
- Antecedentes de infección de transmisión sexual y sospecha de secuelas uretrales.
- Sospecha de enfermedad neurológica relacionada con vejiga neurógena.
- Antecedentes de cirugía radical pélvica y/o irradiación y/o fractura pélvica y/o traumatismo genitourinario.
- Diagnóstico incierto.



Durante el seguimiento

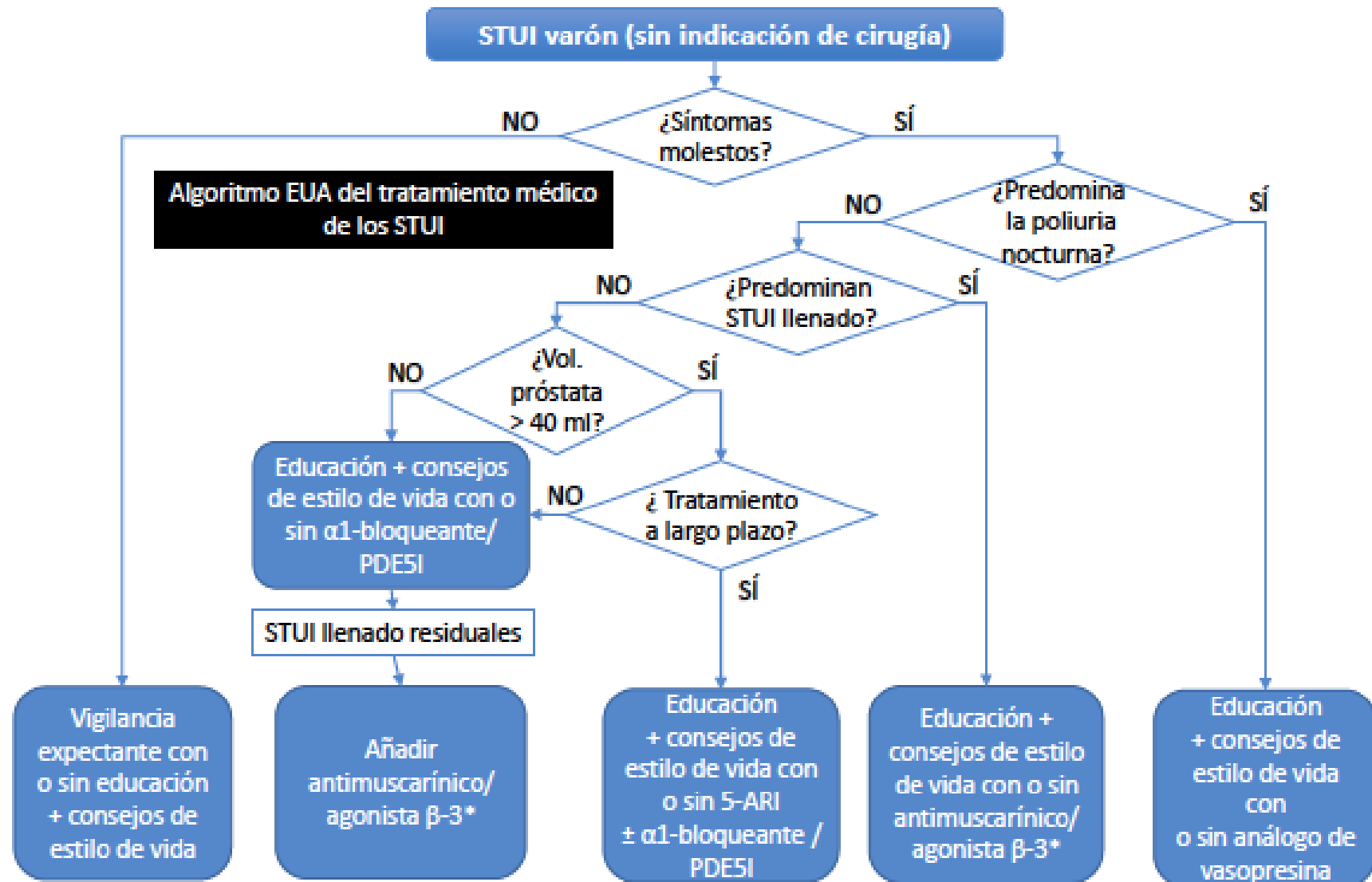
Síntomas refractarios al tratamiento inicial adecuado

- 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-ARIs: 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 (intolerancia, efectos adversos, interacciones farmacológicas, rechazo del paciente).

Complicaciones durante el seguimiento

- Aparición de complicaciones o aparición de nuevos síntomas.
- En tratados con 5-ARI : elevación del PSA $\geq 0,3$ ng/ml respecto al valor más bajo obtenido durante el tratamiento, confirmada y mantenida a las 4-6 semanas.





Varón con STUI

ESTUDIO DIAGNÓSTICO INICIAL BÁSICO

OBLIGADAS

- Anamnesis general y urológica
- Exploración general, abdomino-pélvica y tacto rectal
- Análisis de orina

RECOMENDADAS PARA DIAGNÓSTICO DE HBP

- IPSS y calidad de vida
- PSA
- Función renal (creatinina)
- ± residuo posmiccional (ecografía abdominal)

- VH
- Poliuria nocturna
- ITU
- Prostatitis
- Detrusor hipoactivo
- Tumor vesical
- Litiasis ureteral
- Estenosis uretral
- Disfunción neurógena vesical
- Cuerpo extraño uretral/vesical
- Sospecha de secuelas uretrales por ITS, cirugía o irradiación, traumatismo y/o fractura pélvica

MANEJO ESPECÍFICO

¿Sospecha de otras causas de STUI distintas de HBP?

SÍ

NO

NO

DIAGNÓSTICO DE STUI/HBP no complicada

MANEJO TERAPÉUTICO EN AP

¿Sospecha de cáncer de próstata o complicaciones por HBP?

SÍ

Sospecha de cáncer de próstata:

- Tacto rectal patológico
- PSA >10 ng/mL
- PSA > 4 ng/mL y PSA libre < 20%

Sospecha de HPB complicada:

- Gran afectación de CdV y limitaciones por los STUI
- Litiasis vesical
- Divertículos vesicales
- Uropatía obstructiva
- Hematuria persistente
- RAO o signos de retención crónica de orina
- RPM >150 mL
- Creatinina >1,5 mg/dL o filtrado glomerular alterado y sospecha de uropatía obstructiva

Diagnóstico incierto

REMITIR A UROLOGÍA



MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA
ATENCIÓN

