

STUI EN EL VARÓN

Sara Díaz Naranjo

Urólogo Hospital General de Segovia



HBP

- Estrictamente, el término HBP es un concepto histopatológico: describe el crecimiento de la próstata.
- Sin embargo, se considera que la HBP es un síndrome clínico:
 - ◊ crecimiento benigno de la próstata
 - ◊ obstrucción a la salida de la orina

STUI



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.
- ❖ Los STUI están fuertemente asociados con el envejecimiento, por lo que es muy probable que los costes asociados y la carga asistencial aumenten con los cambios demográficos futuros.
- ❖ 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".

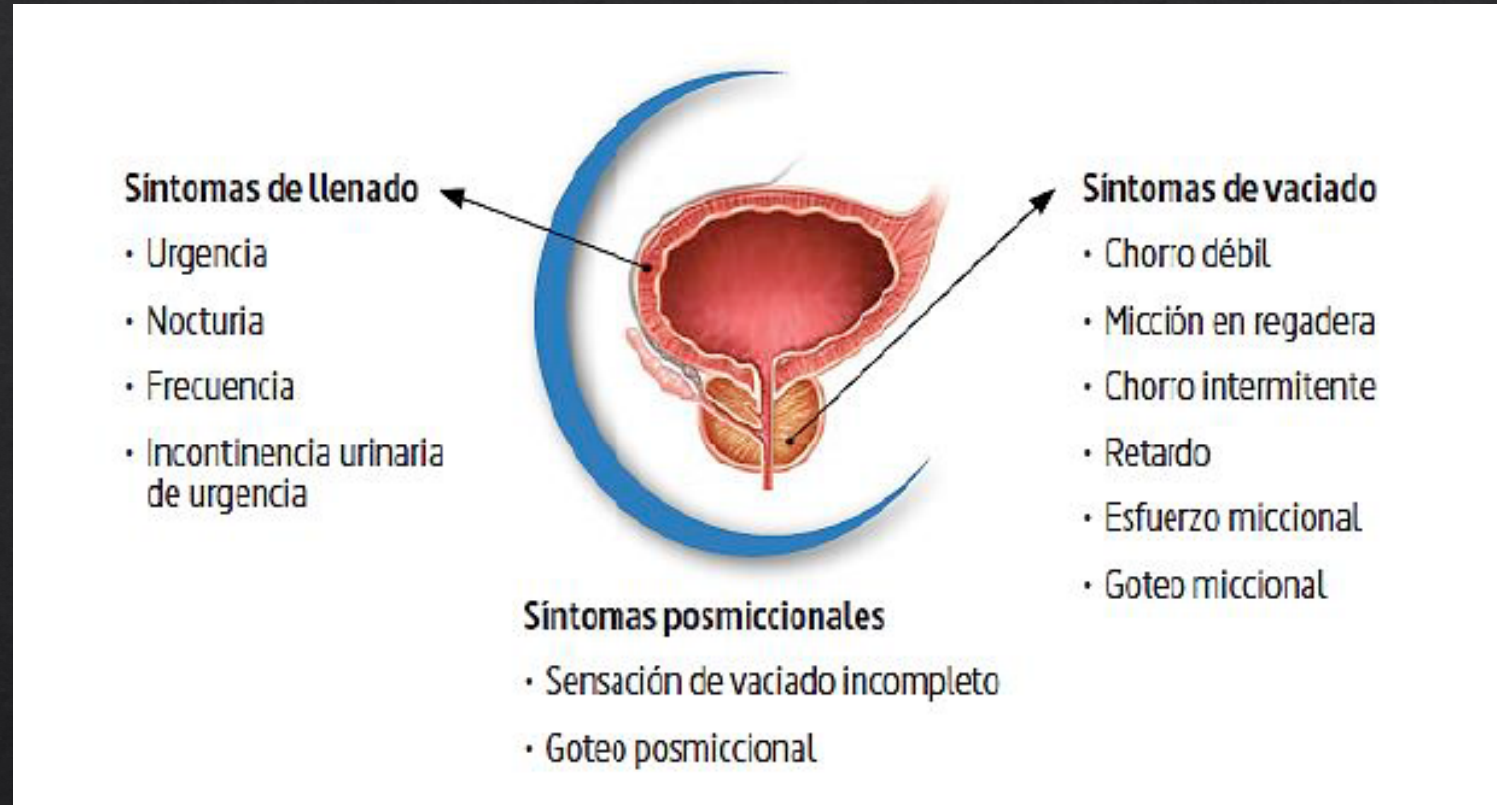


QUÉ PUEDO HACER YO DESDE AP

- 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



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



CLASIFICACIÓN SÍNTOMAS

- ❖ La nocturia es el STUI más frecuente por el que los pacientes suelen acudir de forma voluntaria a la consulta médica. D-Impact 66%.
- ❖ Distinguir y clasificar correctamente los síntomas de vaciado vesical, almacenamiento vesical y síntomas posmiccionales, permitirá que los médicos decidan sobre cuál debe ser el enfoque más adecuado para el tratamiento.
- ❖ Los STUI más molestos (los de llenado) pueden aparecer hasta en un 30% de los hombres mayores de 65 años. Es el grupo de edad que potencialmente requiere más tratamiento.



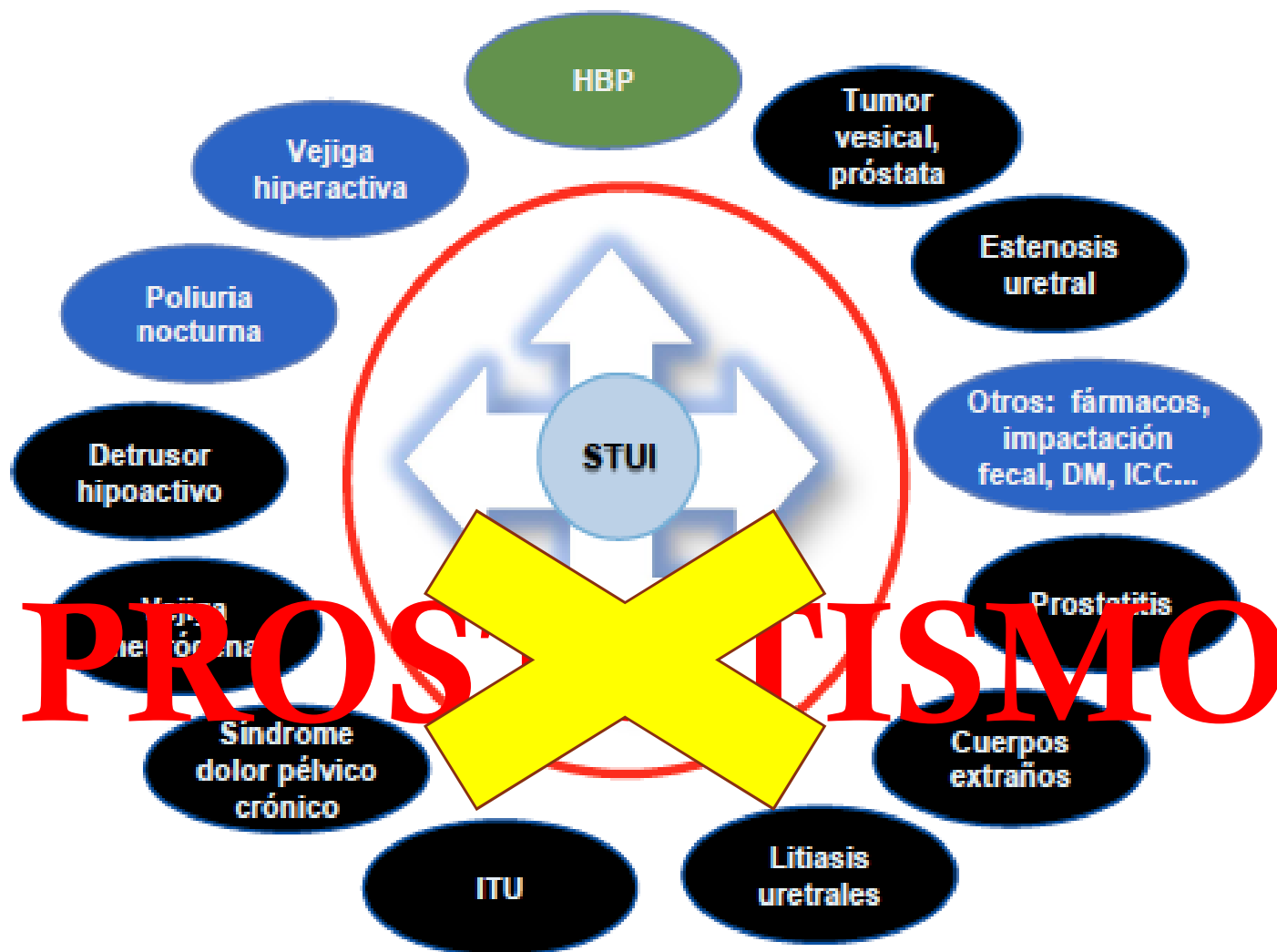
QUÉ PUEDO HACER YO DESDE AP

- 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.



Aur
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.



DIAGNÓSTICO HBP

- ❖ Tubaro et al recientemente han desarrollado una herramienta de cribado para detectar STUI/HBP en varones mayores de 50 años y facilitar el manejo de los STUI/HBP.
- ❖ Han validado un cuestionario de 3 ítems puntuados de 0 a 5 con el fin de distinguir entre aquellos pacientes con STUI por HBP de aquellos otros con STUI debidos a otras causas; permitiendo al MAP realizar un diagnóstico precoz y sencillo con un adecuado valor predictivo positivo, minimizando el riesgo de progresión de la enfermedad al optimizar los resultados del tratamiento.



Cuan
medi
punto
Valor

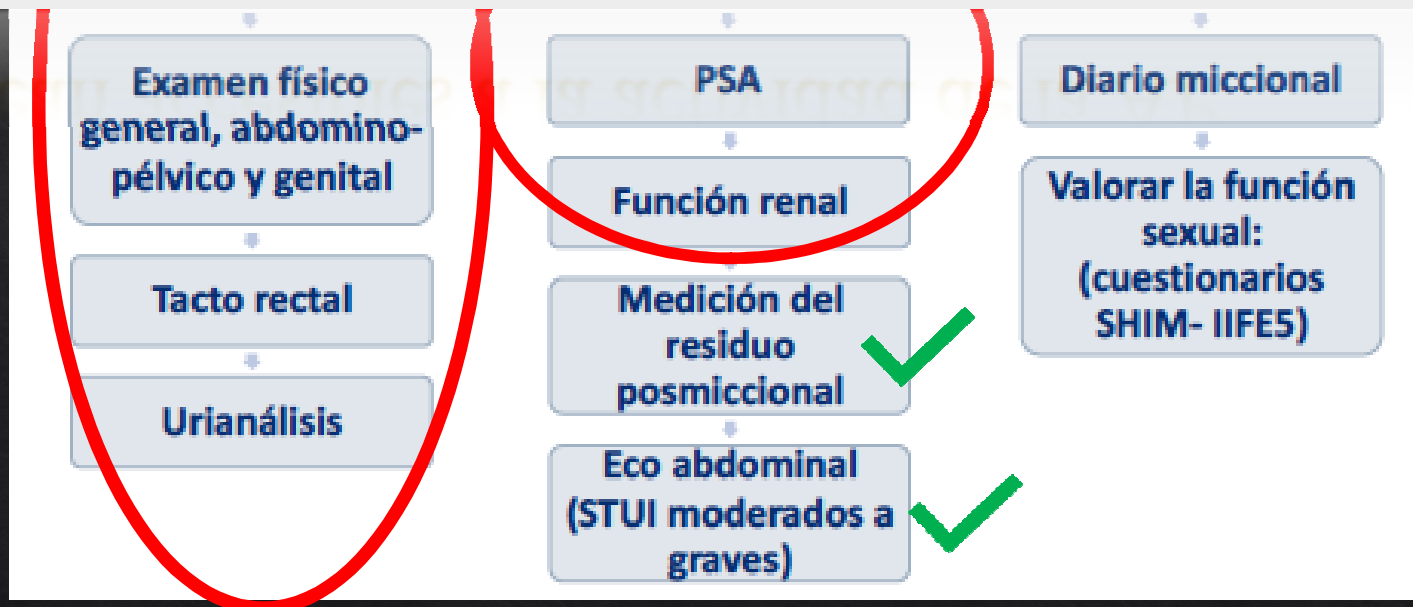
Preguntas	Nunca	Rara vez	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Siempre o casi siempre
1. ¿Le ha costado empezar a orinar cuando llevaba un rato aguantándose?	0	1	2	3	4	5
2. ¿Le ha costado empezar a orinar por la noche?	0	1	2	3	4	5
3. El chorro de orina ha sido más débil por la noche?	0	1	2	3	4	5

- a) Sume las puntuaciones de las preguntas 1, 2 y 3.
b) Si el resultado es > 3 , posible STUI/HPB

on la
le tres
do un
88 %.



Desde la AP se puede diagnosticar la OPB no complicada sin necesidad de utilizar inicialmente en su diagnóstico pruebas que no sean accesibles a la actividad de la AP



HISTORIA CLÍNICA

- ❖ La historia clínica tiene una gran importancia en la evaluación de la HBP.
- ❖ Debe recoger: motivo de la consulta, antecedentes patológicos médicos y quirúrgicos, así como la evolución de la enfermedad actual.



❖ Se debe investigar sobre:

- FÁRMACOS: diuréticos, antimuscarínicos (AM), calcioantagonistas, ansiolíticos, simpaticomiméticos, antihistamínicos, antidepresivos, sedantes, benzodiacepinas u opiáceos.
- ENFERMEDADES SISTÉMICAS que produzcan síntomas urinarios como la diabetes mellitus (poliuria), insuficiencia cardíaca (nocturia) o la presencia de enfermedades neurológicas que aumenten la sospecha de la presencia de una vejiga neurógena (enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, lesiones medulares, patología de discos intervertebrales lumbosacros) o de una poliuria nocturna.
- HÁBITOS que puedan favorecer la presencia de STUI (consumo excesivo de líquidos, de cafeína, alcohol o tabaco), por la frecuente asociación con otros trastornos urológicos.



MOTIVOS DE DERIVACIÓN SEGÚN HISTORIA CLÍNICA

Edad inferior a 50 años

Antecedentes de cirugía pélvica

Enfermedades de transmisión sexual que hayan afectado a la uretra

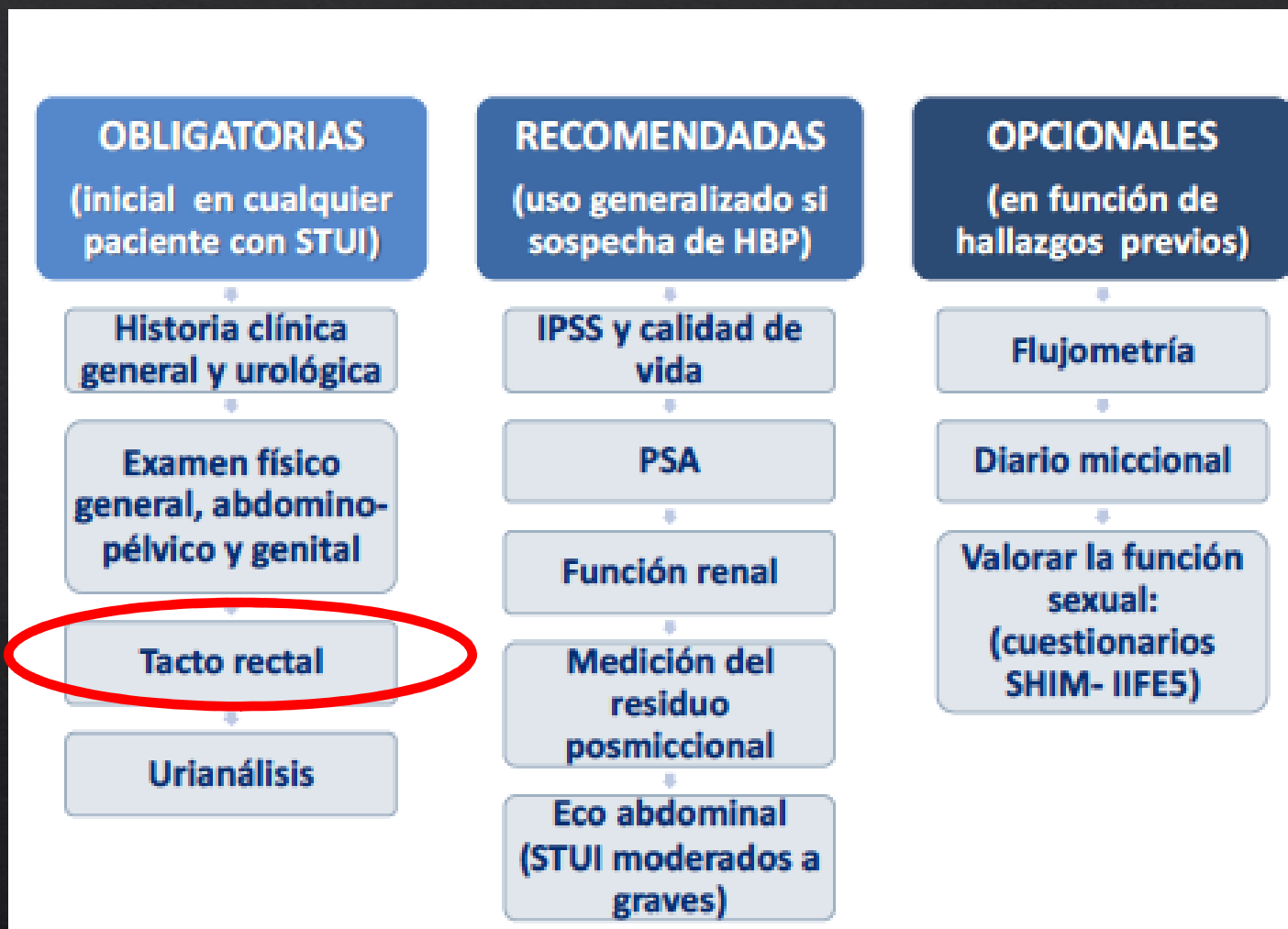
Instrumentación uretral previa, con antecedentes o posibilidad de estenosis

Traumatismos uretrales

Diabetes *mellitus* mal controlada con neuropatía y afectación vesical

Enfermedades neurológicas: (enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidente vásculo-cerebral, lesiones medulares, etc.).





TACTO RECTAL

- ❖ Cualquier hallazgo sospechoso en la exploración del TR debe remitirse a Urología para descartar la presencia de un cáncer de próstata.
- ❖ El TR sobrestima el volumen en las próstatas pequeñas y subestima el volumen en próstatas grandes. Aunque sí que tiene capacidad para discriminar entre próstatas $< o >$ de 50 cc.





PREGUNTAS	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la	0	1	2	3	4	5

Tan solo se utiliza en un 25 % de los casos, tanto en Urología como en AP

varias veces?						
4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5
6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5

Puntuación IPSS total

Calidad de vida

	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Total
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?	0	1	2	3	4	5	6



IPSS

❖ Los objetivos del IPSS son:

1. Cuantificar y objetivar los síntomas subjetivos del paciente.
2. Puntuar la afectación en la calidad de vida.
3. Monitorizar la progresión de la enfermedad.
4. Valorar la respuesta al tratamiento.

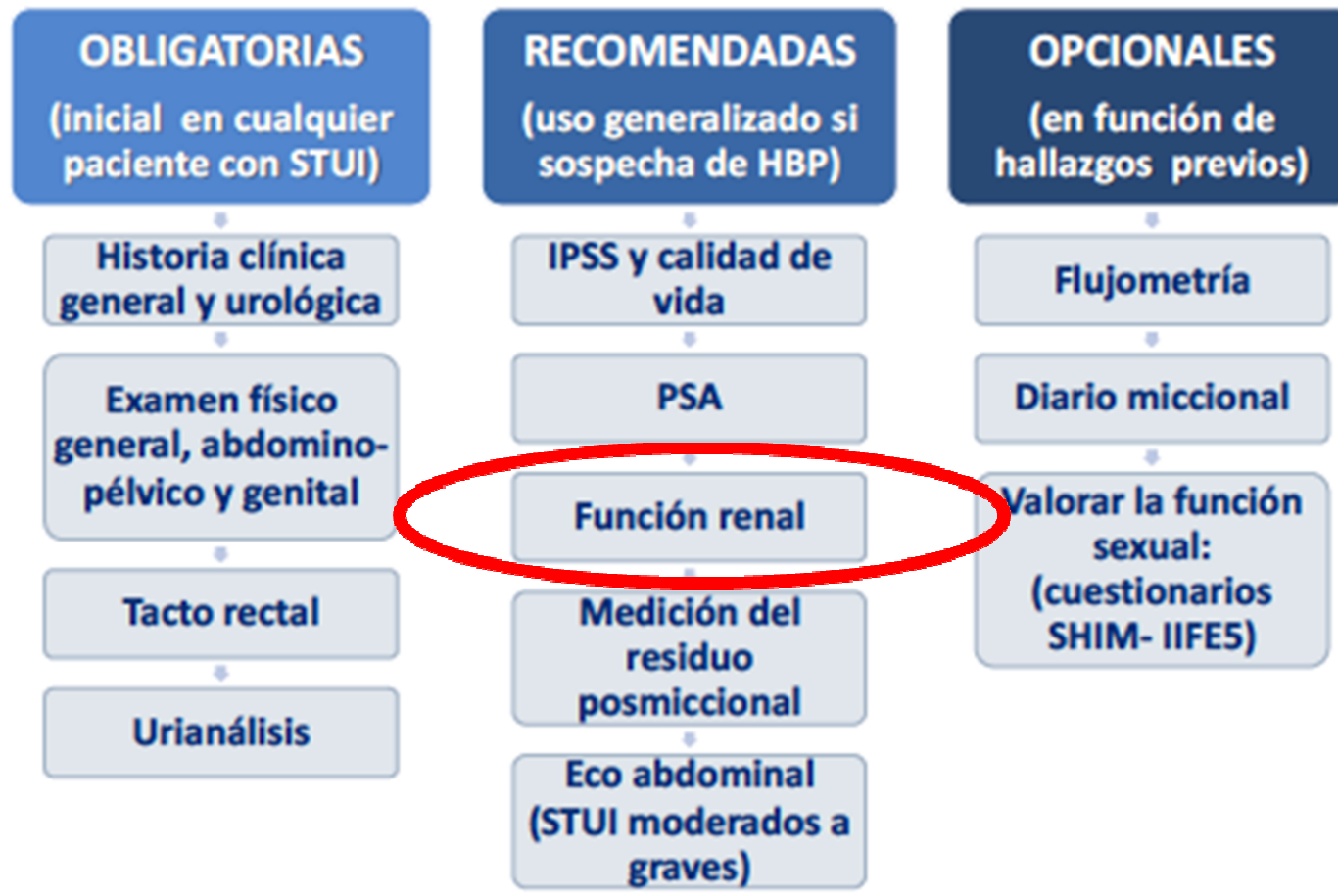
❖ Los hombres con síntomas de moderados a graves IPSS > 8 presentan un riesgo tres veces mayor de retención aguda de orina (RAO) .

❖ La progresión clínica de la HBP suele asociarse con un empeoramiento de los síntomas (aumento ≥ 4 puntos en el IPSS).



LA GRAVEDAD EN IPSS
NO ES CRITERIO DE DERIVACIÓN
EN SÍ MISMA





FUNCIÓN RENAL

- ❖ Menos del 1 % de los varones con STUI cuyo origen no es neurológico presentan insuficiencia renal (IR).
- ❖ Su presencia obliga a estudios de imagen de IR por HBP (creatinina > 1,5 mg/dl).
- ❖ Es una de las causas de indicación de derivación a Urología y tratamiento quirúrgico.

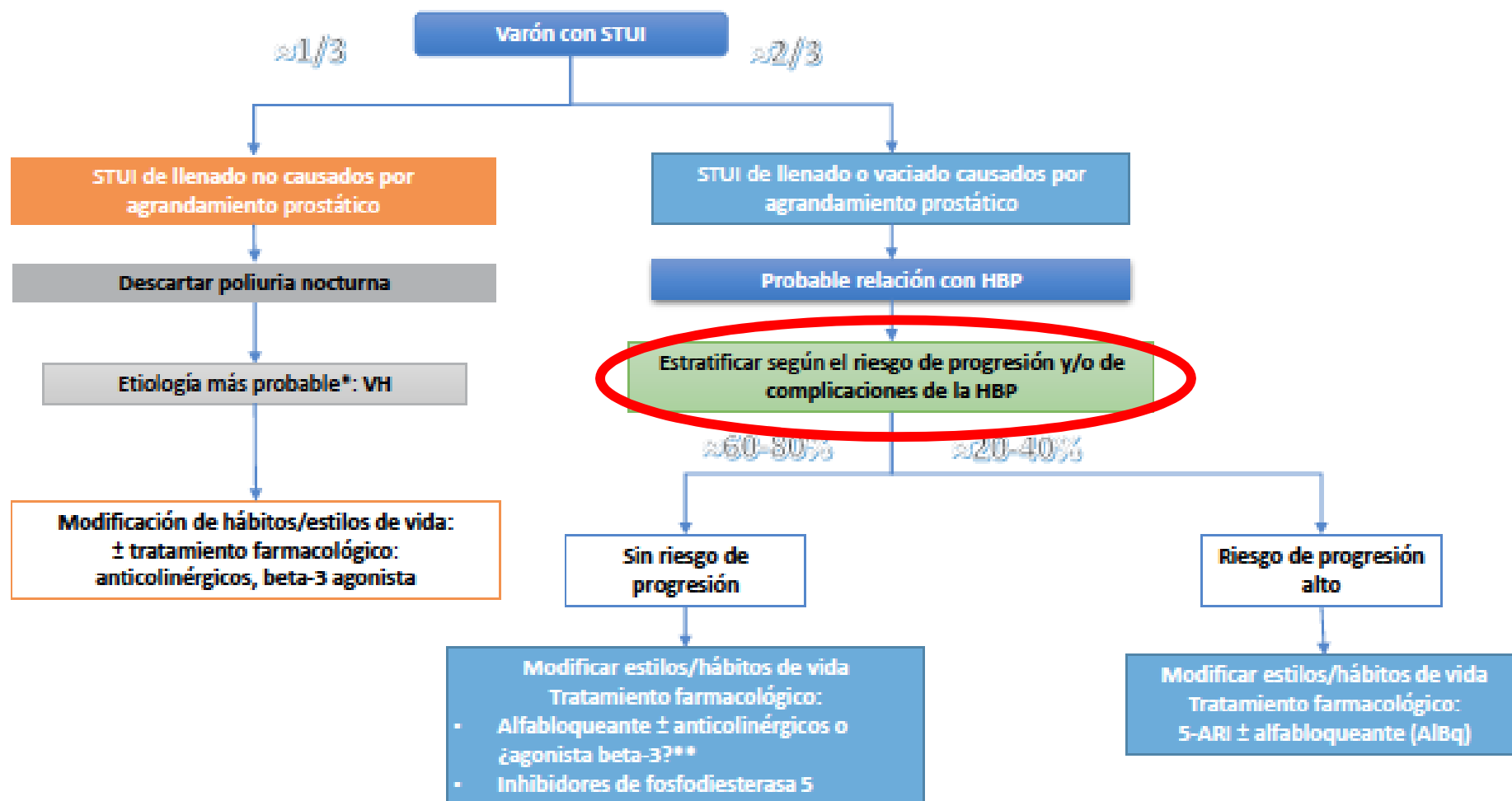


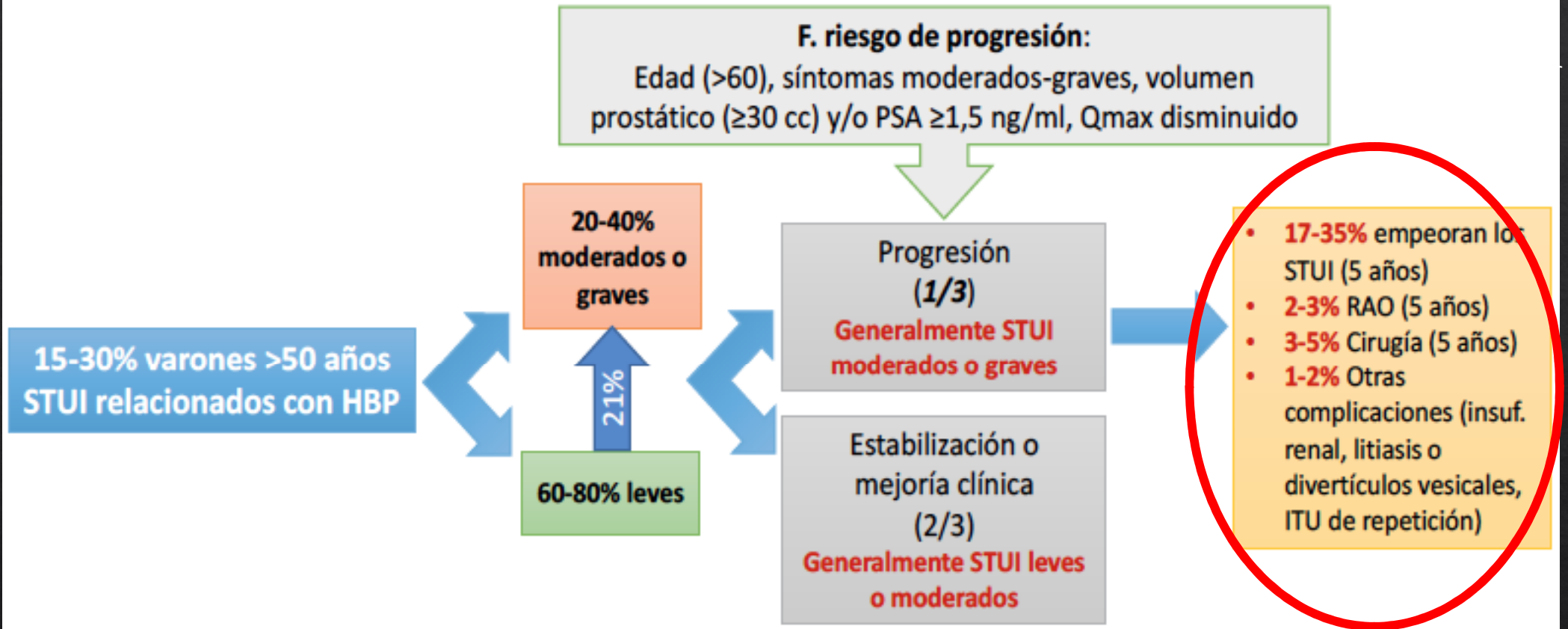


ECO Y RPM

- ❖ Se consideran poco significativos los residuos inferiores a 50 ml, y potencialmente patológicos los superiores. Por encima de 100 ml se aconseja al paciente una segunda micción y volver a realizar la exploración.
- ❖ La ecografía abdominal es una prueba diagnóstica que facilita la evaluación de la forma de la próstata y del volumen prostático con más precisión que otras exploraciones y nos permite objetivar las repercusiones y anomalías que se generan sobre el tracto urinario inducidas por la HBP.







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.



TRATAMIENTO

❖ Las opciones de manejo de los STUI/OPB disponibles en la actualidad son:

1. Espera vigilante con cambios activos del estilo de vida y supervisión clínica periódica.
2. Tratamiento farmacológico.
3. Tratamiento quirúrgico.



Tratamiento	Rapidez de inicio	Mejoría LUTS (IPSS)
Espera vigilada sin tratamiento farmacológico	Meses	+
AB	Días	++
5-ARI	Meses	+
AB +5 ARI	Días	++
IPDE-5 (Tadalafilo)	Días	++
AB + AM	Días	++
AB + Agonistas beta3	Días	++



ESPERA VIGILADA

- ❖ Pacientes asintomáticos o con síntomas leves, con buena calidad de vida y sin un aumento del tamaño de la próstata, no son susceptibles de tratamiento farmacológico.
- ❖ Se recomienda realizar una vigilancia activa periódica.
- ❖ El 85 % de estos varones permanecerá estable al año y aproximadamente un 65 % presentará un empeoramiento clínico progresivo a los 5 años.
- ❖ El aumento de la molestias de los síntomas y del volumen residual posmiccional son los más fuertes predictores del fracaso de la espera vigilada.



Educación e informar al paciente	• Informar sobre el funcionamiento normal de la vía urinaria y las diferentes causas de STUI • Explicar la historia natural de la OPB y STUI, y los síntomas futuros esperados • Tranquilizar sobre la ausencia de relación OPB y cáncer de próstata detectable
Manejo de líquidos	• Asesorar sobre una ingesta adecuada de agua (1,5-2 l/día), evitando una ingesta excesiva • Restringir la ingesta de líquidos en momentos específicos (viajes largos, al salir en público) • Restricción de líquidos por la noche (al menos 2 horas antes de acostarse)
Cambios dietéticos	• Restringir o moderar consumos de alcohol y de las bebidas con cafeína • Restringir comidas picantes o ricas en grasas y potenciar dietas ricas en verduras • Evitar el estreñimiento
Estilos de vida	• Reducir peso en varones con sobrepeso/obesidad • Realizar ejercicio físico de forma regular • Corregir o controlar los trastornos de movilidad y funcionales
Medicación	• Revisión de la medicación y optimizar el tiempo de administración en los momentos de mayor inconveniente (viajes largos y cuando están en público) • Sustitución algunos fármacos (por ejemplo, diuréticos, antihistamínicos, antidepresivos, calcioantagonistas)
Hábitos miccionales y entrenamiento vesical	• Extracción residuo uretral tras la micción, para evitar goteo posmiccional • Técnicas de reeducación vesical: regular el tiempo entre micciones diurnas (3 horas), con micciones programadas, aguantar la urgencia sensorial para aumentar la capacidad de la vejiga (hasta unos 400 ml) • Uso de técnicas de distracción y de relajación para controlar los síntomas irritativos • Asesorar en la técnica de “doble vaciado” vesical



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- ❖ Indicado en pacientes con síntomas de intensidad moderada a grave que repercuten en la calidad de vida, en ausencia de complicaciones y sin una indicación absoluta de cirugía.
- ❖ Existen diferentes fármacos autorizados para el tratamiento de los varones con STUI/HBP con eficacia comprobada tanto en monoterapia como en combinación: bloqueantes de los receptores alfa 1-adrenérgicos (AB), inhibidores de la 5-alfa-reductasa (5-ARI), inhibidores de fosfodiesterasa 5 (IPDE-5), antimuscarínicos (AM).



FITOTERAPIA

- ❖ Sigue existiendo gran controversia sobre su eficacia clínica y un desconocimiento sobre su mecanismo de acción.
- ❖ Se han usado más de 30 sustancias distintas.
- ❖ La EUA nos resume la evidencia en que los extractos de *Serenoa repens* mejoran el Qmax y la nocturia en comparación con placebo y presentan un muy limitado impacto negativo en la función sexual.
- ❖ Hombres con STUI leves/moderados que quieran evitar potenciales efectos adversos en la función sexual.
- ❖ Recomendación de informar al paciente que la magnitud de la eficacia puede ser modesta.



ALFA-BLOQUEANTES

- ❖ Los AB, preferentemente uroselectivos y de acción prolongada, son fármacos de primera línea en pacientes con STUI /HBP moderada a grave y próstatas de menor tamaño (< 40 cc).
- ❖ Son útiles para el uso intermitente en pacientes con intensidad fluctuante de los síntomas que no necesitan tratamiento a largo plazo.
- ❖ Los principales efectos secundarios son los cardiovasculares (hipotensión postural, mareos, palpitaciones, edema periférico, síncope), sobre el sistema nervioso central (fatiga, astenia, cefalea, somnolencia), rinitis y trastornos eyaculatorios.
- ❖ La elección del AB debe individualizarse en función de la edad, comorbilidad del paciente (especialmente la cardiovascular), expectativas respecto a la función sexual, efectos secundarios, seguridad, rapidez de acción y la tolerancia.



5-ARIs

- ❖ Los 5-ARIs es la opción terapéutica recomendada para tratamiento a largo plazo, en pacientes con STUI/HBP moderadas a graves y alto riesgo de progresión de la HBP definida por una próstata agrandada (> 40 cc) o una concentración de PSA ($> 1,4$ - $1,6$ ng/ml) .
- ❖ Pueden prevenir el riesgo de RAO y la necesidad de cirugía.
- ❖ Su efecto sobre el PSA debe considerarse en relación con el cribado del CaP.



I-5PDE

- ❖ Los inhibidores de la 5PDE mejoran significativamente el IPSS y el IIEF, pero no el Qmax.
- ❖ El tadalafilo en pauta de 5 mg/día, es el único inhibidor de la 5PDE autorizado para el tratamiento de los síntomas moderados o severos secundarios al agrandamiento benigno prostático en varones con o sin disfunción eréctil.
- ❖ Las mejorías en los STUI/HBP con tadalafilo en comparación con el placebo son similares a las producidas por tamsulosina, pero además mejora la función eréctil .



TERAPIA COMBINADA

1. AB+5-ARI: La asociación debe prescribirse en aquellos pacientes en los que esté verdaderamente indicado su uso, incluso desde el inicio del tratamiento de los STUI/OPB, si el paciente presenta alto riesgo de progresión.

- ❖ La combinación 5-ARIs/AB sería coste-efectiva en comparación con la monoterapia AB, debido fundamentalmente a la reducción del riesgo de necesitar cirugía o experimentar RAO.
- ❖ factores de riesgo de progresión clínica: volumen prostático moderado (≥ 30 cc medido por ecografía o $\geq$ II/IV por TR) o grande (≥ 40 cc medido por ecografía) y PSA $\geq 1,5$ ng/dl.

2. AB+AC/AM: para el tratamiento de los síntomas de llenado de moderados a graves (urgencia, aumento de la frecuencia miccional) y de los síntomas de vaciado asociados a la HBP en hombres que no están respondiendo adecuadamente al tratamiento con monoterapia y cuando predominan de inicio los síntomas de llenado o estos son muy condicionantes en la calidad de vida.



SEGUIMIENTO

1. Visita diagnóstica y solicitud de pruebas.

2. Inicio de tratamiento:

❖ AB (+/- AC): 3 meses.

❖ I5PDE: 3 meses.

❖ 5ARIs: 6 meses.

3. Revisión anual.



Durante el seguimiento

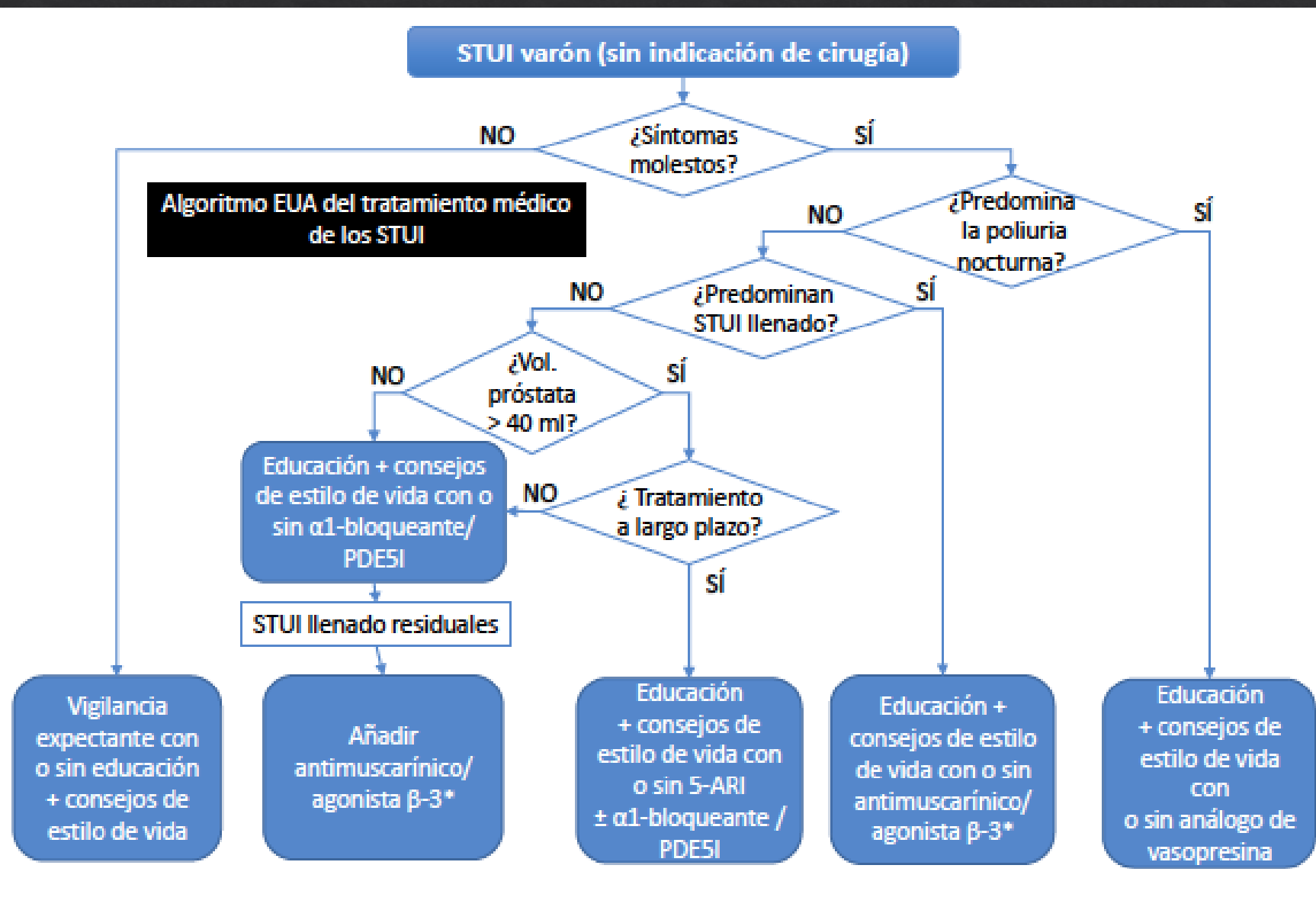
Síntomas refractarios al tratamiento inicial adecuado

- 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)
- $\pm$ residuo posmiccional (ecografía abdominal)

¿Sospecha de otras causas de STUI distintas de HBP?

SÍ

NO

NO

¿Sospecha de cáncer de próstata o complicaciones por HBP?

SÍ

DIAGNÓSTICO DE STUI/HBP no complicada

- 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

MANEJO TERAPÉUTICO EN AP

Sospecha de cáncer de próstata:

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

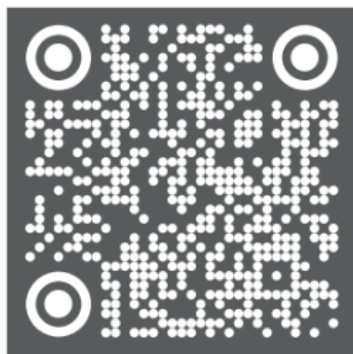
Sospecha de HPB complicada:

- 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





Acceda al libro

Escanee el código
QR y descargue el
libro en PDF



MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA
ATENCIÓN

