

330/25 - SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN EL VARÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Misle Morales; J. Cejas López.

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María Llanos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años con antecedentes EPOC, Hiperlipemia. En tratamiento con simvastatina y seretide. Acude a consultas de atención primaria por disminución de la fuerza del chorro de la micción y polaquiuria desde hace un año, chorro de calibre variable. Micción diurna: 5-6 veces. Nicturia: 2 veces. No disuria, fiebre ni hematuria. No urgencia, tenesmo, retención aguda de orina, ni anuria. Al inicio IPSS: 19 puntos, pregunta 8: 4 puntos. Seguimiento ultimo IPSS: 14 puntos, pregunta 8: 3 puntos. Se pauta Doxazosina, se pide PSA que es elevado, se solicita valoración por Urología. Ecografía confirma crecimiento prostático, sigue en control PSA por persistencia elevada, se realizan biopsias sin hallazgos. Cambia tratamiento a Tamsulosina, luego añade Dutasterida.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, abdomen sin alteraciones, no masas, visceromegalias, ni globo vesical. Puñopercusión fosas renales negativa. Prepucio retráctil sin lesiones, hidrocele derecho no a tensión. Tacto rectal: no doloroso, tono esfínter normal, próstata agrandada, fibroelástica, homogénea, móvil, bien delimitable. Bioquímica con función renal y Hemograma normales. Sedimento de orina sin hallazgos. PSA libre 10.9 ng/ml. PSA/PSAt 0.18. Seguimiento PSA libre: 8.3 ng/ml; Ultimo Control: 5.6, ng/ml, PSA/PSAt 0.19. Primera Ecografía: vejiga contorno irregular de forma difusa compatible con vejiga de lucha. Hipertrofia prostática 5,3 x 6,9 x 5 cm (APxTxL), volumen 96 cc. Ultima Ecografía: Próstata 4.8x6.0x5.1 cm, volumen 90 cc.

Juicio clínico: Hiperplasia Benigna de Próstata

Diagnóstico diferencial: La prevalencia de STUI se incrementa con la edad. Diferenciar entre STUI de llenado, vaciado o postmiccionales orientará con el diagnóstico, entre las causas más frecuentes de STUI: HBP, Tumor de vejiga, Hiperactividad del detrusor, Litiasis uretral, Poliuria nocturna, Estenosis uretral, Infección del tracto urinario, Disfunción neurógena vesical, Prostatitis, Cuerpo extraño y Detrusor hipoactivo. Diferenciar además de las enfermedades sistémicas que producen síntomas urinarios (diabetes, insuficiencia cardiaca, o neurológicas). Valorar hábitos (consumo de líquidos, cafeína, alcohol o tabaco). Los STUI afectan la calidad de vida siendo los irritativos los que más interfieren. PSA elevado además del cáncer de próstata (CaP), en la ITU, HPB y prostatitis; su uso conjunto con el tacto rectal nos permitirá excluirlos.

Comentario final: HPB tiene alta prevalencia. El IPSS y PSA nos permite monitorizar la evolución. En este paciente los valores iniciales de PSA >10 ng/ml, el cociente PSA libre/total 0,2 y el aumento del PSA >0,75 ng/ml año tras año, nos obligó a hacer seguimiento estrecho con ecografías y biopsias para descartar CaP. El tratamiento desde el inicio del cuadro con bloqueadores alfa-1 mejoró significativamente la sintomatología

bajando el IPSS entre 5-6 puntos, no así en el crecimiento prostático y nivel de PSA, como era de esperar. La introducción de inhibidores de la 5-alfa-reductasa, redujo casi la mitad el nivel PSA. Deja en evidencia la eficacia del tratamiento combinado (bloqueador alfa+inhibidor 5-alfa-reductasa) que monoterapia.

Bibliografía

Molero, JM. y colaboradores. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. Aten Primaria.2010;42(1):36-46

Carrero-López V.M. y colaboradores. Hiperplasia prostática benigna y síntomas del tracto urinario inferior. Revisión de las evidencias actuales. Actas Urol Esp.2016;40(5):288-294