



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/631 - Doctora, se me escapa la orina, ¿tendré la próstata muy grande?

L. Martín Fuertes^a, M.C. Campos López-Carrión^b, M. Villarejo Botija^a, G. Silvestre Egea^c, R. Rodríguez Rodríguez^d, M. Ricote Belinchón^e, C. Novella Rubio^c, M. Sales Herreros^f, V.R. Oscullo Yépez^d y M. Valenciano^g

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Zona Este. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Zona Este. Madrid. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Zona Este. Madrid. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^gMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 75 años que acude a consulta refiriendo episodios de urgencia miccional (EU) de tres meses de evolución. Al principio no les dio importancia, "serán nervios". Ahora está preocupado, cada vez son más frecuentes (hasta 8/24horas), se acompaña de episodios de incontinencia (EI) (4-5/24horas) que le interfieren en su vida social y se levanta por la noche a orinar 4-5 veces, interfiriendo en el sueño.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física, analítica de sangre incluyendo PSA, fueron normales. Urocultivo positivo para E. coli, tratado con una quinolona, disminuyendo los síntomas. Meses más tarde, acude por aumento de los síntomas, se encuentra con bajo ánimo. La exploración física de nuevo fue normal, urocultivo negativo y ecografía urológica con próstata de volumen normal y ausencia de residuo post-miccional.

Juicio clínico: Con el diagnóstico de sospecha de vejiga hiperactiva (VHA) comenzamos el tratamiento con 5 mg/24horas de solifenacina, disminuyendo aproximadamente un 30% el número de EU severa, EI y nocturia. Un mes después aumentamos a 10 mg/24 horas, lo que conlleva leve sequedad bucal bien tolerada y disminución en torno al 50% de los parámetros mencionados. La mejoría de su calidad de vida le permite salir más de casa y descansar mejor.

Diagnóstico diferencial: Las infecciones urinarias (ITU) son causa de VHA e incontinencia urinaria de urgencia (IUU) transitoria, junto a impactación fecal, deterioro cognitivo, algunos fármacos, y trastornos psicopatológicos o endocrinológicos que el paciente no padecía. Es obligado descartarlas, puesto que su tratamiento suele mejorar la incontinencia. Otras patologías inflamatorias de la pared vesical, como litiasis o carcinoma urotelial también pueden producir la llamada VHA sensitiva o inflamatoria, diferente de la VHA motora, producida por contracciones involuntarias del detrusor, bien idiopáticas, o secundarias a procesos cerebrales u obstrucción vesical (hipertrofia benigna de próstata (HBP)). La VHA motora se manifiesta en la cistomanometría de llenado como un detrusor que se contrae durante la fase de llenado vesical. Resuelta la ITU del paciente, con una próstata

normal, consideraremos que se trata de una VHA idiopática, no requiriendo derivación a especializada (criterios de derivación: hematuria, dolor pélvico, ITU recurrentes, HBP significativa).

Comentario final: La VHA se manifiesta por un deseo imperioso de orinar difícil de demorar (urgencia), con o sin incontinencia urinaria de urgencia (IUU), normalmente acompañada de frecuencia (8 micciones o más) y nocturia. La IUU es la forma más habitual de incontinencia en mayores de 75 años, sobre todo en varones (40-80%), asociándose a menudo, a una obstrucción de origen prostático. La cistomanometría, gold standard diagnóstico VHA, sólo está indicada excepcionalmente, ya que la mayoría de los casos se diagnostican en Primaria, puesto que la anamnesis, exploración y análisis de orina son suficientes para el diagnóstico. La ecografía debe realizarse antes de iniciar anticolinérgicos, si no hay respuesta a ellos y en varones con síntomas urinarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thüroff JW et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. Actas Urol Esp. 2011;35(7):373-88.
2. Madhuvrata P et al. Fármacos anticolinérgicos para el tratamiento sintomático de la vejiga hiperactiva en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012.