

CASO CLINICO

Importancia de la ecografía clínica en Atención Primaria en la detección de complicaciones de HBP.

David García Gutiérrez

Centro de salud El Puerto. Coslada

Varón de 72 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, glaucoma, hiperplasia benigna de próstata (HBP), bronquiectasias y Síndrome Mielodisplásico, en tratamiento con Ácido acetilsalicílico (AAS), Carvedilol, Enalapril, Fluvastatina, Hidroxicarbamina, Brimonidina, Bimatoprost, Omeprazol e Indacaterol.

El paciente acude a demanda a consulta de Atención Primaria, tras revisión en Cardiología de su patología de base, aportando el informe clínico. Se incorpora la nueva información a su historia clínica y se revisa el tratamiento médico. Se aprovecha la consulta para revisar el resto del historial del paciente.

En el episodio abierto de HBP consta una valoración previa hace un año con síntomas del tracto unitario inferior (STUI) leves según la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS) de 3, calidad de vida (QoL) de 2 y aumento del tamaño prostático por tacto rectal (próstata mediana sin áreas sospechosas), actualmente sin tratamiento. En la nueva anamnesis realizada al paciente como revisión de su HBP, refiere empeoramiento de síntomas obstructivos con disminución del calibre y fuerza del chorro de la orina y sensación de vaciamiento incompleto. Se entrega el cuestionario IPSS para ser cumplimentado en su domicilio, se solicita analítica con Antígeno Prostático Específico (PSA), orina y bioquímica básica y se cita al paciente en consulta programada para resultados, exploración física con tacto rectal, registro según protocolo y ecografía urológica para evaluar residuo, explicando la preparación de la misma.

En la segunda consulta médica se confirma el empeoramiento de STUI de predominio obstructivo con IPSS de 16, QoL de 2, exploración física abdomino-pélvica sin hallazgos significativos y tacto rectal con próstata de 40-60 gramos, crecimiento de predominio derecho, superficie lisa, consistencia fibroelástica, no dolorosa, sin áreas sospechosas.

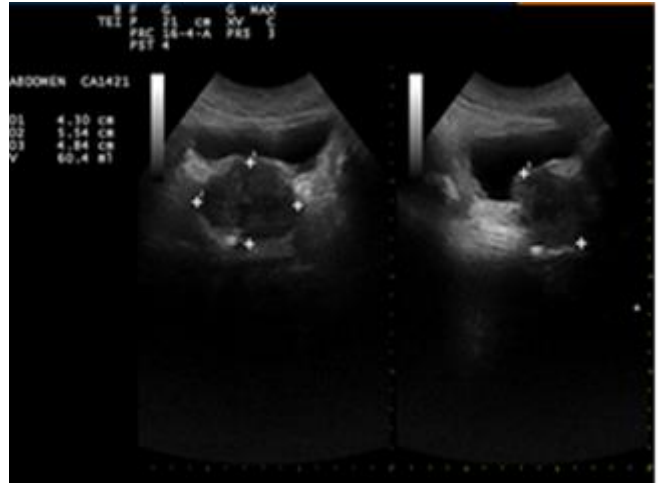


Figura 1

En cuanto a la analítica, los parámetros se encuentran dentro de la normalidad, con glucemia de 88 mg/dl, creatinina de 1.04 mg/dl, sedimento de orina sin alteraciones y PSA de 2,27 ng/ml.

Se realiza ecografía urológica, destacando una próstata homogénea de 60,4 ml. que impronta sobre el suelo vesical (Fig.1). Engrosamiento difuso de la pared vesical, con múltiples imágenes anecoicas adyacentes a la misma, compatibles con divertículos vesicales (Fig.2), con uno de mayor tamaño visible en el corte longitudinal de la vejiga (Fig.3). Riñones con buena diferenciación cortico-medular, sin dilatación. Ausencia de residuo posmiccional significativo.

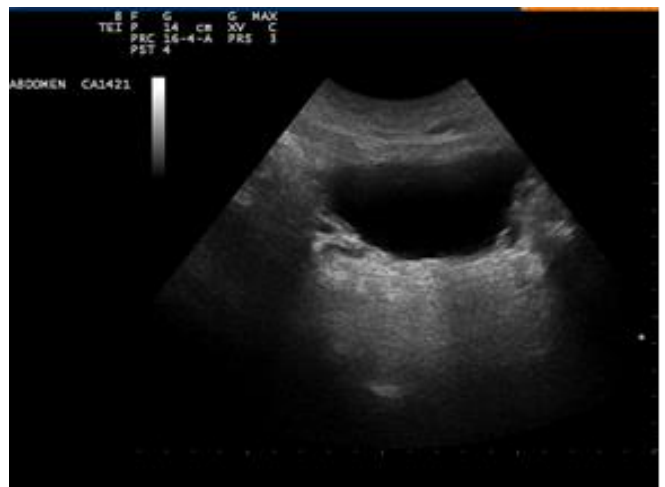


Figura 2



Ante los hallazgos de la anamnesis, la exploración física, la analítica y la ecografía urológica, se diagnostica al paciente de STUI asociados a HBP con datos ecográficos de vejiga de lucha y se remite a Urología según protocolo.¹

El urólogo decidió no tratar por el QoL del paciente con revisión en un año.

COMENTARIO

Este es un caso muy ilustrativo de la importancia de la ecografía en Atención Primaria² para la detección de posibles complicaciones de la HBP al ser una prueba segura, rápida, fiable, inocua y no invasiva, bien tolerada por el paciente, de bajo coste, disminuyendo el nivel de incertidumbre diagnóstico, mejorando nuestra capacidad resolutoria y ayudándonos en la toma de decisiones, ya que aporta información sobre el tamaño prostático, las características de la pared vesical, la presencia de residuo y la existencia o no de complicaciones o patologías concomitantes.³

La HBP es la enfermedad urológica más frecuente en el varón y el tumor benigno más frecuente en el varón de más de 50 años. La prevalencia total de la enfermedad es del 30%. Los síntomas rara vez aparecen antes de los 40 años, llegando casi al 90% a partir de los 70 años.

Entre las posibles complicaciones de la HBP encontramos la urolitiasis, la hematuria, la uropatía obstructiva o la evolución de la vejiga de lucha hacia la formación de divertículos vesicales. Estos últimos representan una fase evolucionada de la vejiga de lucha y pueden alterar por sí mismos la dinámica miccional, por lo que su hallazgo es una indicación clara de derivación a Urología.

Los divertículos vesicales no contienen una capa muscular funcional definida y, en consecuencia, vacían su contenido en forma escasa durante la micción. Los síntomas son variados y habitualmente se diagnostican de forma incidental durante la evaluación de síntomas inespecíficos del tracto urinario inferior.⁴

En la práctica clínica diaria, una buena organización de la consulta a demanda, principal puerta de entrada de nuestros pacientes al Centro de Salud, y de la consulta programada, para el correcto abordaje de los principales motivos de salud protocolizados en los distintos programas de salud, resultan fundamentales para rentabili-

zar el tiempo medio por paciente aportando una atención de calidad, favoreciendo un adecuado seguimiento de las patologías crónicas ya diagnosticadas de nuestros pacientes, y todo ello, a pesar de las múltiples quejas, motivos de consulta diarios, presión asistencial, tiempo medio por consulta (6 minutos), la hiperdemanda y la hiperfrecuentación.

Se propone valorar los STUI según protocolo, entregar IPSS para cumplimentación en domicilio y pedir analítica de orina y bioquímica con PSA (si indicado) en primera consulta, y segunda consulta programada, donde valorar resultados, exploración física con tacto rectal y si estuviese indicado ecografía urológica⁵.

Este paciente refería sensación de micción incompleta ocasional, por lo que la indicación de ecografía se realizó para evaluar residuo.

En la reevaluación presentaba IPSS de 16, próstata mediana y PSA de 2,27 ng/ml, estando indicado tratamiento con alfa bloqueantes o inhibidores de 5 alfa reductasa, pero al detectarse una complicación como es la vejiga de lucha se decide remitir a Urología, a pesar de la discordancia entre la sintomatología referida por el paciente y su calidad de vida.

En múltiples ocasiones, al ser la HBP una patología crónica, salvo que los síntomas se instauren de forma aguda, la sintomatología puede aparecer de forma lenta y progresiva, pudiendo ser percibida por el paciente como "normal dentro de su enfermedad" y por sí misma no ser consultada, motivo de la baja puntuación en afectación de QoL del paciente. Es por ello por lo que es importante interrogar a nuestros pacientes sobre la existencia o no de STUI durante el diagnóstico y seguimiento de la HBP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castiñeiras J, Cózar JM. Criterios de derivación de la hiperplasia benigna de próstata para Atención Primaria. *Actas Urol Esp.* 2012;36:203-4.
2. Alonso-Roca R, Kittel-Tarifa M, Chao-Escuer P, De Nicolás-Navas B. Utilidad de la hipertrofia benigna de próstata de la ecografía clínica en atención primaria. *Aten Primaria.* 2014;46:168-9.
3. Esquerrà M, Roura P, Masat T, Canal V, Maideu J, Cruixent R. Ecografía abdominal: una herramienta diagnóstica al alcance de los médicos de familia Aten Primaria. 2012;44:576-85.
4. Rovner ES. Bladder and Female Urethral diverticula. En: Wein A, Kavoussi L, Partin A, Peters C (eds). *Campbell-Walsh Urology.* 11th ed. 2262-72.
5. García R, Sanz E, Arias F, Rodríguez-Patrón R, Mayayo T. Diagnóstico y seguimiento de la hipertrofia prostática benigna mediante ecografía. *Arch Esp Urol.* 2006;59:353-60.