

# Signos de alarma y complicaciones de consultas frecuentes

## Director:

**José Luis Almodí Alegre**

Coordinador del Centro de Salud de Peñafiel (Valladolid). Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid



Este curso está acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con **2,3 créditos**



**AULAIMAYO**

Aula Mayo acredita tu formación

[www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)

Los temas del curso y sus **casos clínicos** disponibles en: [www.sietediasmedicos.com](http://www.sietediasmedicos.com)

**TEMA 1**  
Patología respiratoria aguda

Febrero

**TEMA 2**  
Dermatología

Abril

**TEMA 3**  
Alteraciones del estado de ánimo

Mayo

**TEMA 4**  
Oftalmología

Julio

**TEMA 5**  
Patología digestiva

Octubre

**TEMA 6**  
Patología genitourinaria

Diciembre

## Tema 6. Patología genitourinaria

**Hematuria**

**Tumoración escrotal**

**Dolor lumbar**

**Urgencia miccional**

**M. Isabel Gutiérrez Pérez**

Centro de Salud Rondilla I. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Coordinadora del Grupo de Trabajo SocalemFYC y miembro nacional del Grupo de Trabajo SemFYC Nefrourología

### OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Conocer determinados signos/síntomas, como la hematuria, la tumoración escrotal, el dolor lumbar de causa urológica y la urgencia miccional.
- Realizar una orientación diagnóstica conveniente de cada uno de ellos y un oportuno tratamiento.
- Establecer una valoración de los casos que precisan una derivación urgente y los que se pueden demorar.

### HEMATURIA

La hematuria sin causa previa aparente es bastante frecuente. No obstante, puede ser síntoma/signo de una enfermedad subyacente que puede ser o no importante. Por tanto, debe estudiarse detalladamente ya desde atención primaria (AP), al existir patologías que se presentan con hematuria y tienen un distinto pronóstico (litiasis renal frente a tumor vesical).

La hematuria se define como la presencia de hematíes en la orina procedentes de cualquier nivel de la vía urinaria, desde el glomérulo hasta el esfínter urinario externo, que acompaña a la micción. Puede aparecer al inicio, al final o durante toda

la micción; tener un origen glomerular o en las vías urinarias; ser transitoria o persistente, y sintomática o asintomática.

Según la cantidad de hematíes en la orina, distinguimos la macrohematuria (sedimento de orina con más de 100 hematíes/campo) o la microhematuria (más de 3 hematíes/campo, de 2-3 muestras separadas por 2-3 semanas, adecuadamente recogidas y no contaminadas, una vez descartadas las circunstancias que pudieran producirla, como infección del tracto urinario [ITU], menstruación, ejercicio físico intenso o traumatismo). Se trata de dos situaciones clínicas muy distintas: normalmente es la hematuria microscópica asintomática y se diagnostica de manera inci-

dental en un análisis de orina realizado por otros motivos, mientras que la hematuria macroscópica se presenta de forma llamativa e inoportuna, lo que motiva que el paciente acuda al servicio de urgencias.

La prevalencia de la hematuria en la población adulta puede variar del 2,5 al 20%, lo que supone el signo de alarma más importante tanto de enfermedad renal como del tracto urinario. En numerosas circunstancias es la única expresión clínica, lo que obliga a realizar una evaluación pertinente y sistemática del tracto genitourinario (tabla 1).

### Factores de riesgo de microhematuria desde el punto de vista urológico

- El riesgo aumenta con la edad (>35 años), y es mayor en los varones.
- Antecedentes de macrohematuria, síntomas del tracto urinario inferior (STUI) (irritativos/vaciamiento), ITU, sondaje crónico, enfermedad urológica previa y tabaquismo (activo/pasivo/exfumador).
- Exposición a radiación pélvica, fármacos (fenacetina, ciclofosfamida, tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana, abuso de analgésicos), colorantes u otros agentes químicos (pegamentos o bencenos) en el trabajo.

### Diagnóstico definitivo y orientación terapéutica (figura 1)

- Recogida en la historia clínica de los antecedentes personales/familiares, ingesta de medicamentos y datos médicoquirúrgicos.
- Cribado de factores de riesgo (FR).
- Exploración física adecuada y completa que incluya la toma de constantes vitales, la inspección de los genitales externos y la exploración abdominal y prostática.
- La tira reactiva, con una sensibilidad del 91-100% y una especificidad del 65-99%, permite diagnosticar la microhematuria, de obligada confirmación mediante urinoanálisis. Aunque el resultado sea negativo, si la clínica es clara, el diagnóstico debe continuar. Además, se debe realizar un estudio analítico con valoración hemodinámica y de la función renal.
- Hematuria transitoria/ficticia/seudohematuria: si se sospecha que está relacionada con la menstruación, debe repetirse el análisis de orina más adelante. Si la hematuria se produjo en el contexto de un ejercicio físico vigoroso o tras un trauma agudo, se repetirá el análisis a las 4-6 semanas, habiendo guardado reposo.
- Si la hematuria se presenta con dolor en el flanco que sugiere una nefrolitiasis, se realizarán pruebas de imagen. La ecografía es la primera prueba que debe realizarse, en AP si se dispone de personal entrenado o derivando al paciente al servicio de urología.
- Si los pacientes presentan signos sugestivos de ITU, se realizará un cultivo de orina. Si es positivo, se tratará con antibióticos y se repetirá el análisis de orina a las 6 semanas para determinar si persiste la hematuria. La hematu-

**Tabla 1. Comorbilidades y situaciones especiales que cabe tener en cuenta**

Ante hematuria	
<b>Inflamatorias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ITU</li> <li>• Glomerulonefritis</li> <li>• Cistitis por radiación</li> <li>• Tuberculosis genitourinaria</li> <li>• Malaria</li> <li>• Esquistosomiasis</li> </ul>
<b>Neoplásicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma de células renales</li> <li>• Carcinoma urotelial</li> <li>• Cáncer uretral</li> <li>• Cáncer de próstata localmente avanzado</li> </ul>
<b>Metabólicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cálculos urinarios</li> </ul>
<b>Traumáticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio</li> <li>• Traumatismos</li> </ul>
<b>Miscelánea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HBP</li> <li>• Estenosis uretral</li> <li>• Anticoagulación o antiagregación</li> <li>• Fármacos</li> <li>• Colagenopatías (LES)</li> <li>• Síndrome de dolor en la fosa renal y hematuria</li> <li>• Endometriosis del tracto urinario</li> <li>• Malformaciones vasculares</li> <li>• Síndrome de Alport (nefritis hereditaria)</li> <li>• Hematuria benigna familiar</li> <li>• Enfermedad renal quística</li> </ul>
Las causas más comunes de origen urológico son: ITU (4-22%), HBP (10-13%), urolitiasis (4-5%), cáncer vesical (2-4%), enfermedad renal quística (2-3%), origen nefrológico (2-3%), cáncer renal (<1%), cáncer de próstata (<1%), estrechez uretral (<1%)	
Ante pseudohematuria	
<b>Hemorragia vaginal</b>	
<b>Ficticia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de Münchhausen</li> <li>• Drogadicción</li> </ul>
<b>Alimentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setas, remolachas, pimentón, moras...</li> </ul>
<b>Fármacos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laxantes: fenofltaleína</li> <li>• Anticoagulantes</li> <li>• Tranquilizantes (fenotiazina)</li> <li>• Analgésicos (ibuprofeno)</li> <li>• Antiparkinsonianos (levodopa)</li> <li>• Anticonvulsivantes (fenitoína)</li> <li>• Antibióticos (sulfamidas, nitrofurantoína, metronidazol, rifampicina)</li> <li>• Anticonceptivos orales</li> </ul>
<b>Pigmentos endógenos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mioglobina</li> <li>• Hemoglobina</li> <li>• Porfirinas</li> <li>• Bilirrubinas</li> <li>• Uratos</li> </ul>

HBP: hipertrofia benigna de próstata; ITU: infección del tracto urinario; LES: lupus eritematoso sistémico.

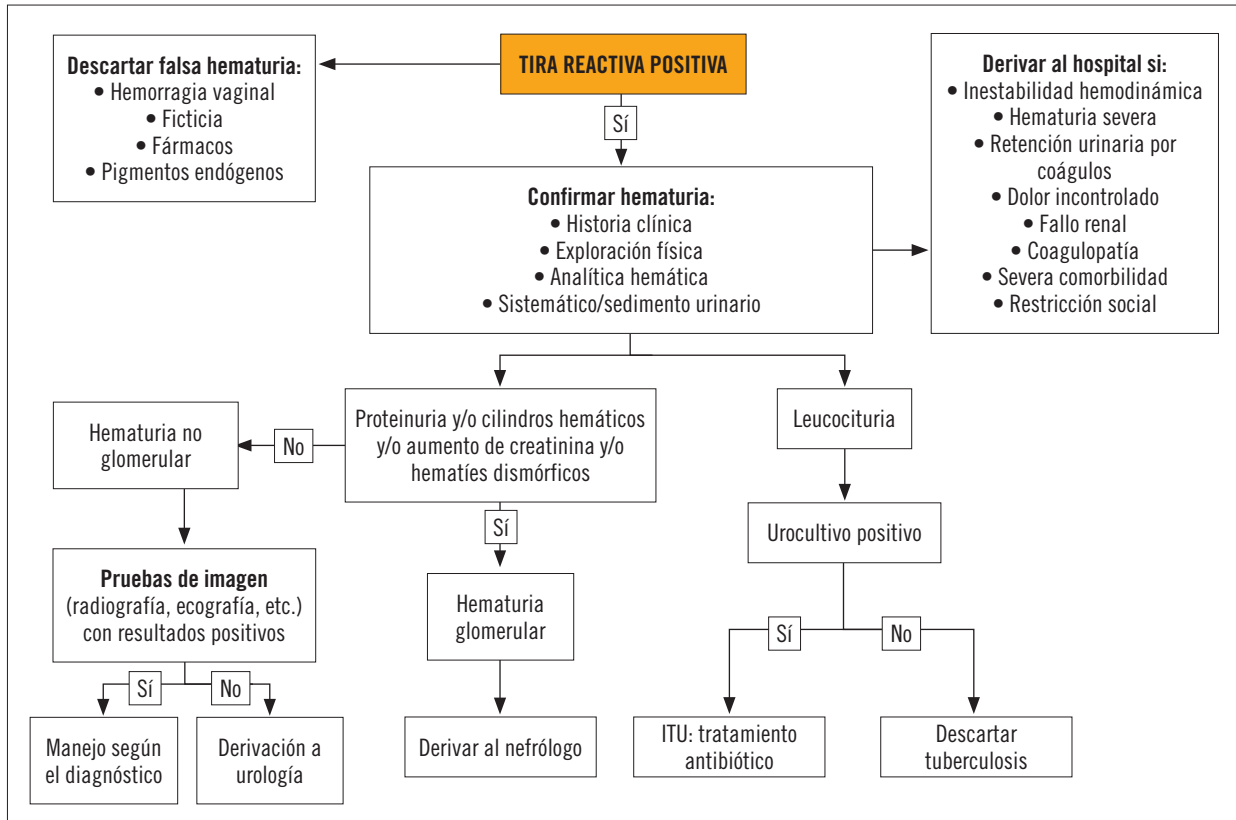


Figura 1

ria con piuria estéril puede sugerir una tuberculosis (cribado y diagnóstico).

- La presencia en el sedimento de cilindros hemáticos, proteinuria (albuminuria), hematíes dismórficos, acantocitos y/o insuficiencia renal puede indicar un posible origen parenquimatoso de la hematuria, por lo que se aconseja derivar al paciente al servicio de nefrología, sin excluir un examen urológico.
- La citología (muy específica pero poco sensible, útil para confirmar y no para excluir) no se recomienda en el proceso de evaluación inicial del paciente con microhematuria asintomática, aunque puede ser de utilidad si hay síntomas o alto riesgo de malignidad.
- Pruebas de imagen. Se realizará una ecografía en pacientes jóvenes (<35 años), sin FR de patología urológica maligna y en mujeres embarazadas; se considera una técnica de investigación de primera línea junto con la placa simple de abdomen. La urografía con tomografía computarizada sería la prueba de elección en pacientes con FR, hallazgos positivos en la ecografía o persistencia de la microhematuria tras la valoración inicial; no se puede llevar a cabo si hay insuficiencia renal o alergia al contraste, y la cistoscopia igualmente en pacientes con FR de neoplasias del tracto urinario.
- El tratamiento de la hematuria dependerá de la intensidad con la que se presenta o de la causa que la origine, si existe obstrucción por coágulos o aparecen complicaciones.

### Puntos clave

- La hematuria es un hallazgo clínico común en adultos en AP. No existe relación entre su intensidad y la importancia de la causa que la origina.
- Ante cualquier signo de hematuria debemos descartar un cáncer urológico, aunque su prevalencia en la población general sea baja (0,01-3%).
- No es pertinente la realización de un cribado del cáncer de vejiga en pacientes asintomáticos, ni tampoco un análisis de orina sistemático para la detección de microhematuria.
- La tira reactiva de orina junto con el urinoanálisis y la microscopía permiten diagnosticar una hematuria en AP.
- Se pueden realizar la radiografía simple de abdomen y la ecografía como pruebas iniciales disponibles en AP.
- Los pacientes coagulados deben evaluarse de la misma manera que los no anticoagulados.
- Una vez descartado un origen glomerular en pacientes con FR, se les debe realizar un estudio urológico para descartar la presencia de neoplasias.
- Tras un estudio apropiado, si no se detecta una enfermedad urológica o nefrológica en el paciente, se le debe realizar un urinoanálisis al año durante 2 años. Hasta en un 10% de los casos puede no encontrarse la causa. El seguimiento es más beneficioso en los pacientes que presentan FR de enfermedad urológica.

## TUMORACIÓN ESCROTAL

La masa escrotal es toda lesión ocupante de espacio, detectada durante la exploración clínica o por el propio paciente de forma casual o por ocasionar sintomatología.

Existen distintas patologías que afectan al testículo y su contenido; pueden ser hallazgos banales o eventos agudos y potencialmente graves que requerirían una rápida valoración.

El escroto agudo se considera una urgencia; se presenta con un dolor testicular más o menos brusco, con tumefac-

ción escrotal y acompañado en ocasiones de afectación del estado general. Algunas de las entidades que lo ocasionan pueden poner en riesgo la viabilidad del testículo en pocas horas, por lo que es muy importante realizar una pronta evaluación en AP (tablas 2 y 3).

El cáncer testicular supone el 1-2% de las neoplasias en varones y el 5% de los tumores urológicos. El 80% aparecen en menores de 40 años (con un rango de 25-45 años). Su mortalidad es muy baja, con una supervivencia a los 5 años del 95%.

**Tabla 2. Diagnóstico diferencial de la patología escrotal aguda y no aguda**

	Dolor	Edad	Clínica		Reflejo cremastérico	Signo de Gouverneur	Signo de Prehn	Eco-Doppler
			Náuseas/vómitos	Fiebre				
<b>Torsión testicular</b>	Agudo	Niños y jóvenes <20 años	Frecuente	Infrecuente	Ausente	Presente	Negativo	Flujo disminuido/ausente
<b>Torsión del apéndice testicular</b>	Agudo más larvado, «signo punto azul»	7-14 años	Infrecuente	Infrecuente	Presente		Positivo/negativo	Flujo normal/disminuido
<b>Orquiepididimitis</b>	Leve afectación sistémica	Adultos	Infrecuente	Frecuente	Presente		Positivo	Flujo aumentado

**Tabla 3. Diagnóstico diferencial de masa escrotal no aguda**

	Varicocele	Hidrocele	Espermatocele	Hernia inguinal	Quistes epididimarios	Tumor testicular
<b>Dolor</b>	Indoloro Doloroso (localización inferior)	Indoloro Puede asociarse con otras patologías	Indoloro Dolor leve Se alivia con la elevación	Subagudo, difuso Mejora en decúbito	Indoloro	Indoloro Dolor leve
<b>Localización</b>	Superior	Peritesticular	Cabeza del epidídimo	Inguinal Escrotal		Testicular
<b>Consistencia</b>	Blanda, «saco de gusanos»	Blanda Dura (cuando está en tensión)	Blanda Móvil	Blanda Reductible	No palpables	Sólida
<b>Transiluminación</b>	Negativa	Positiva	Positiva	Negativa	Negativa Positiva	Negativa
<b>Signos</b>	Prehn negativo Valsalva positivo Mejora o disminuye en decúbito	Reflejo cremastérico positivo	Mejora con la elevación testicular	Cremastérico positivo Valsalva positivo		Presentación aguda, hemorrágica (10%)
<b>Ecografía</b>	Eco-Doppler confirmatoria	Opcional si la transiluminación es positiva	Opcional	Opcional	Obligada (incidentaloma)	Obligada
<b>Marcador tumoral</b>	No precisa	No precisa	No precisa	No precisa	Negativos	Necesario

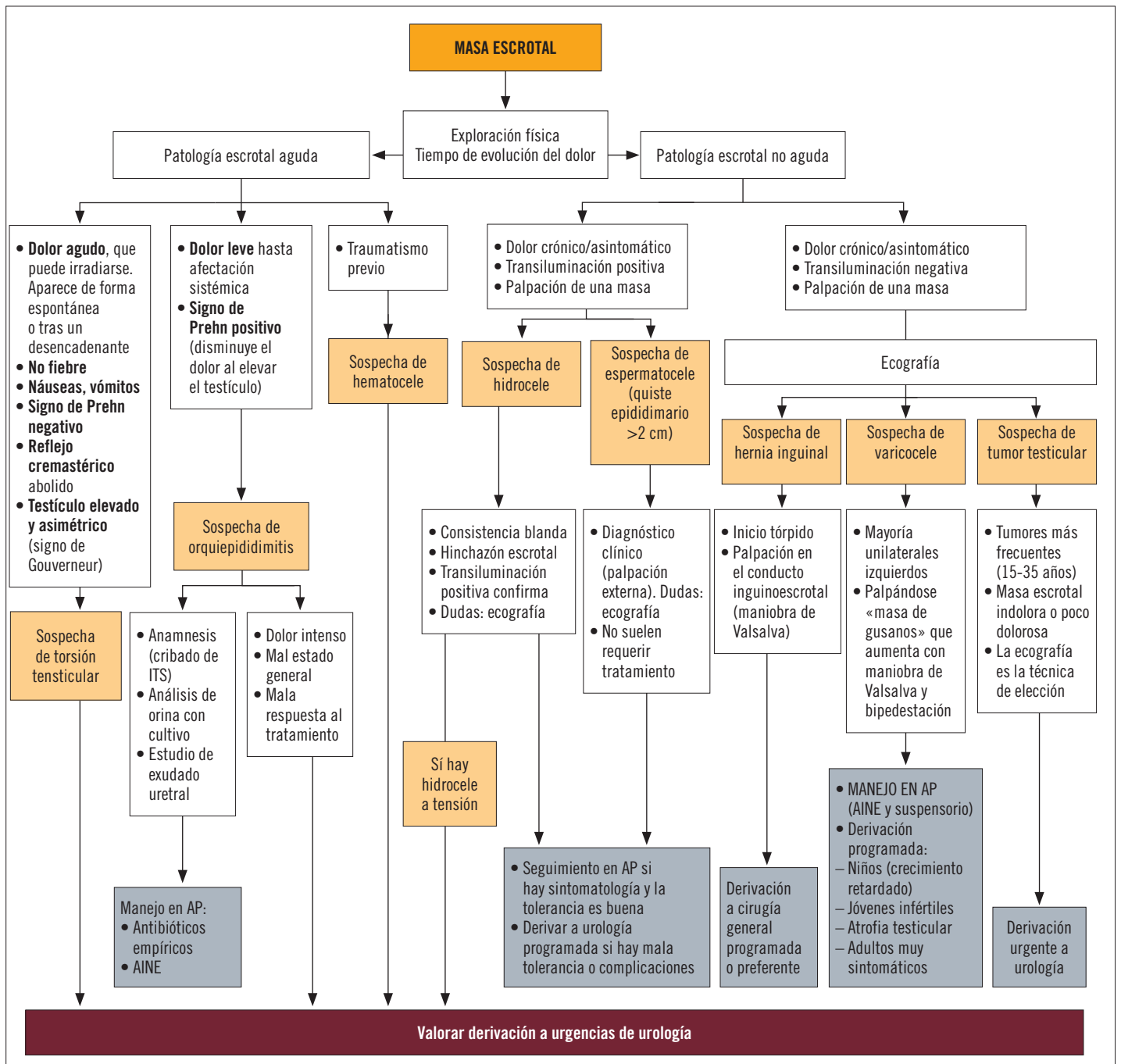


Figura 2

### Etiología de las orquiepididimitis

- La causa más común es un paramixovirus (20-30%).
- En menores de 30 años: infecciones de transmisión sexual (gonococo y *Chlamydia*); en mayores de 35 años: uropatógenos.
- En niños y mayores de 35 años o sin antecedentes de relaciones sexuales de riesgo, se debe investigar la presen-

cia de malformaciones urológicas u obstrucción crónica urinaria.

- En relaciones homosexuales: *Haemophilus influenzae*.
- Menos frecuentes son las secundarias a tuberculosis, sífilis, brucelosis o criptococosis.
- Amiodarona o tratamiento con bacilo de Calmette-Guérin en el cáncer de vejiga.

## Factores de riesgo de neoplasia testicular

- Criptorquidia.
- Antecedente personal de cáncer testicular.
- Otros: neoplasia intraepitelial testicular, antecedentes familiares de primer grado de tumores testiculares y presencia de síndrome de Klinefelter.
- Es menos clara la asociación con la infertilidad, el tabaquismo o las características anormales del semen.

## Diagnóstico definitivo y orientación terapéutica (figura 2)

- Historia clínica que recoja la existencia o no de síntomas y las características del dolor.
- Exploración física con una valoración abdominal y genital completa, con palpación de ambos testículos, observando su posición y realizando los siguientes signos orientativos:
  - Transiluminación; si es positiva, orienta a un contenido líquido.
  - Signo de Gouverneur (testículo elevado y horizontalizado): sugiere una torsión testicular, aunque es raro en las infecciones.
  - Signo de Prehn positivo (mejora el dolor con la elevación del testículo): orienta hacia una patología infecciosa; es negativo en las torsiones.
  - Reflejo cremastérico positivo (con depresor al tocar la cara interna del muslo homolateral, se produce la elevación del testículo por la acción de los músculos cremastéricos); ausente en la torsión testicular y presente en la torsión del hidátide de Morgagni.
- Pruebas complementarias:
  - Analítica sanguínea: útil en procesos inflamatorios, infecciosos o tumorales.
  - Analítica de orina: ayuda a descartar procesos infecciosos; no obstante, su normalidad no descarta una patología grave.
  - Marcadores tumorales (AFP, beta-hCG, LDH) como prueba accesible en AP, sin olvidar que su negatividad no excluye los tumores testiculares.

- Ecografía como método diagnóstico de elección en el escroto agudo. No permite diferenciar entre una masa sólida maligna o benigna; se debe realizar si la transiluminación es negativa, o si ésta es positiva en un varón joven con marcadores aumentados, o en el seguimiento de pacientes con FR de neoplasia testicular.
- La resonancia magnética, con una sensibilidad y una especificidad de aproximadamente el 100% para el diagnóstico de tumores, debe utilizarse en el segundo nivel asistencial para el estudio de una masa testicular con imagen ecográfica alterada.

## Puntos clave

- Descartada una patología escrotal aguda, el manejo de toda masa escrotal puede realizarse e iniciarse en AP.
- La masa escrotal puede persistir durante mucho tiempo asintomática.
- La forma de presentarse el dolor, junto con sus características, será clave para el manejo diagnóstico inicial de la masa escrotal.
- La transiluminación, dada su sencillez y fácil realización, es de gran utilidad en AP para afrontar esta patología.
- La ecografía se perfila como una prueba complementaria esencial en el diagnóstico diferencial de las masas escrotales en AP.
- Los casos de hidrocele, varicocele o quistes epididimarios requieren derivación si sus síntomas son mal aceptados.
- El varicocele derecho aislado puede deberse a una trombosis de la vena cava inferior o una patología tumoral renal, por lo que sería un signo de alarma, lo que requeriría continuar el estudio.
- No existe evidencia para recomendar un cribado de los tumores testiculares mediante autoexploración o seguimiento periódico.

## DOLOR LUMBAR

El dolor lumbar (DL) es un motivo frecuente de consulta en AP y engloba distintas patologías (tabla 4):

- **De causa urinaria:** dilatación de la vía urinaria (aguda: cólicos renales litiasicos o compresiones extrínsecas; crónica: estenosis de la unión pieloureteral, cruces vasculares y fibrosis retroperitoneal), lesión directa del parénquima renal (traumatismos renales), inflamación (pielonefritis aguda y crónica), irritación del peritoneo (rotura de quistes renales o sangrado de angiomiolipomas).
- **De causa no urinaria:** osteomuscular (hernia discal, lumbalgia, contractura muscular, espondilodiscitis y dolor costal), digestivo (síndrome del intestino irritable, pancreatitis, colecistitis, estreñimiento pertinaz), neuropático (herpes zóster, intervenciones quirúrgicas), traumatismos.

Orientar y llegar al diagnóstico de presunción de la patología causante del DL es importante en este nivel de atención, cuya demora podría comprometer la salud del paciente.

Ante un DL con sospecha de cólico nefrítico (CN) y las consecuencias que pueda ocasionar, se decidirá el enfoque diagnóstico y terapéutico más adecuado, o la posible derivación del paciente al urólogo o al servicio de urgencias cuando sea preciso.

### Definición e importancia del problema

- El DL como dolor localizado en la región lumbar vertebral o paravertebral, entre la última costilla y los pliegues glúteos, puede ser agudo (<4 semanas), subagudo (4-12 semanas) o crónico (≥12 semanas).  
Si el dolor se irradia por la extremidad inferior siguiendo un dermatoma definido, se denomina «ciática» o «lumbo-

ciática», y está causado por la compresión de una raíz nerviosa espinal (en un 90% se corresponde con L5-S1).

- El DL inespecífico constituye un grave problema de salud pública mundial. Más del 80% de las personas sufre lumbalgia en algún momento de su vida. Afecta a ambos sexos y a cualquier edad. La mayoría de los episodios suelen ser autolimitados, ya que sólo un 10-15% de los pacientes presentan DL crónico; además, rara vez se establece como predicción de una enfermedad grave. Constituye una causa importante de discapacidad en todo el

### Tabla 5. Factores de riesgo de litiasis renal (LR)

- **Varón**
- **Historia familiar** de litiasis renal
- **Obesidad**
- **Síndrome metabólico**
- **Enfermedades metabólicas primarias** (hipercalcemia, hiperoxaluria, cistinuria, hiperuricosuria, hipocitraturia)
- **Hipercalcemia** (hiperparatiroidismo, neoplasias, sarcoidosis, inmovilización prolongada)
- **Enfermedades intestinales** (enfermedad de Crohn, abuso de laxantes, *bypass* yeyuno ileal)
- **Acidosis tubular renal tipo I**
- **Gota**
- **ITU recurrentes**
- **Depleción crónica de volumen** (ingesta inadecuada o climas cálidos)
- **Anomalías anatómicas urológicas que faciliten la estasis de orina** (riñón en herradura, estenosis ureteral, obstrucción de la unión pieloureteral, ureteroceles, divertículo calicial, riñón en esponja, riñón único, cirugía renal previa)
- **Fármacos** (diuréticos de asa, antiácidos, acetazolamida, indinavir, corticosteroides, teofilina, AAS, alopurinol y vitaminas C y D)

### Tabla 4. Patologías que pueden ocasionar dolor lumbar

Lumbalgia mecánica	Lumbalgia no mecánica	Dolor referido extralumbar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distensión muscular y lesión de ligamentos vertebral (postraumática, osteoporótica)</li> <li>• Enfermedad degenerativa del disco intervertebral y/o articulaciones facetarias</li> <li>• Hernia de disco</li> <li>• Estenosis del canal lumbar y espondilolistesis</li> <li>• Alteraciones anatómicas (escoliosis, cifosis, etc.)</li> <li>• Sobrecarga funcional (embarazo, hiperlordosis, dismetrias, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores: Neoplasias primarias (mieloma, linfoma, tumores de la médula espinal, etc.), metástasis vertebrales, tumores óseos benignos</li> <li>• Espondiloartropatías seronegativas: espondilitis anquilosante, artritis reactiva (síndrome de Reiter), artritis psoriásica, artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn, colitis ulcerosa)</li> <li>• Infecciones: osteomielitis, absceso epidural, absceso paravertebral</li> <li>• Otras causas: enfermedad de Paget, fibromialgia, enfermedad psicósomática, depresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades renales: cólico nefrítico, ITU, enfermedad vascular renal, necrosis papilar, síndrome de la unión pieloureteral, hemorragia retroperitoneal, torsión del cordón espermático, etc.</li> <li>• Enfermedades gastrointestinales: pancreatitis, colecistitis, diverticulitis, úlcera péptica, perforación intestinal, etc.</li> <li>• Enfermedades genitourinarias: prostatitis, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, etc.</li> <li>• Herpes zóster</li> <li>• Enfermedades sistémicas: enfermedades del tejido conectivo, espondiloartropatía inflamatoria, neoplasia, carcinoma metastásico, mieloma, linfoma, leucemia, tumor retroperitoneal, osteomielitis-discitis vertebral, absceso epidural-paraespinal</li> </ul>



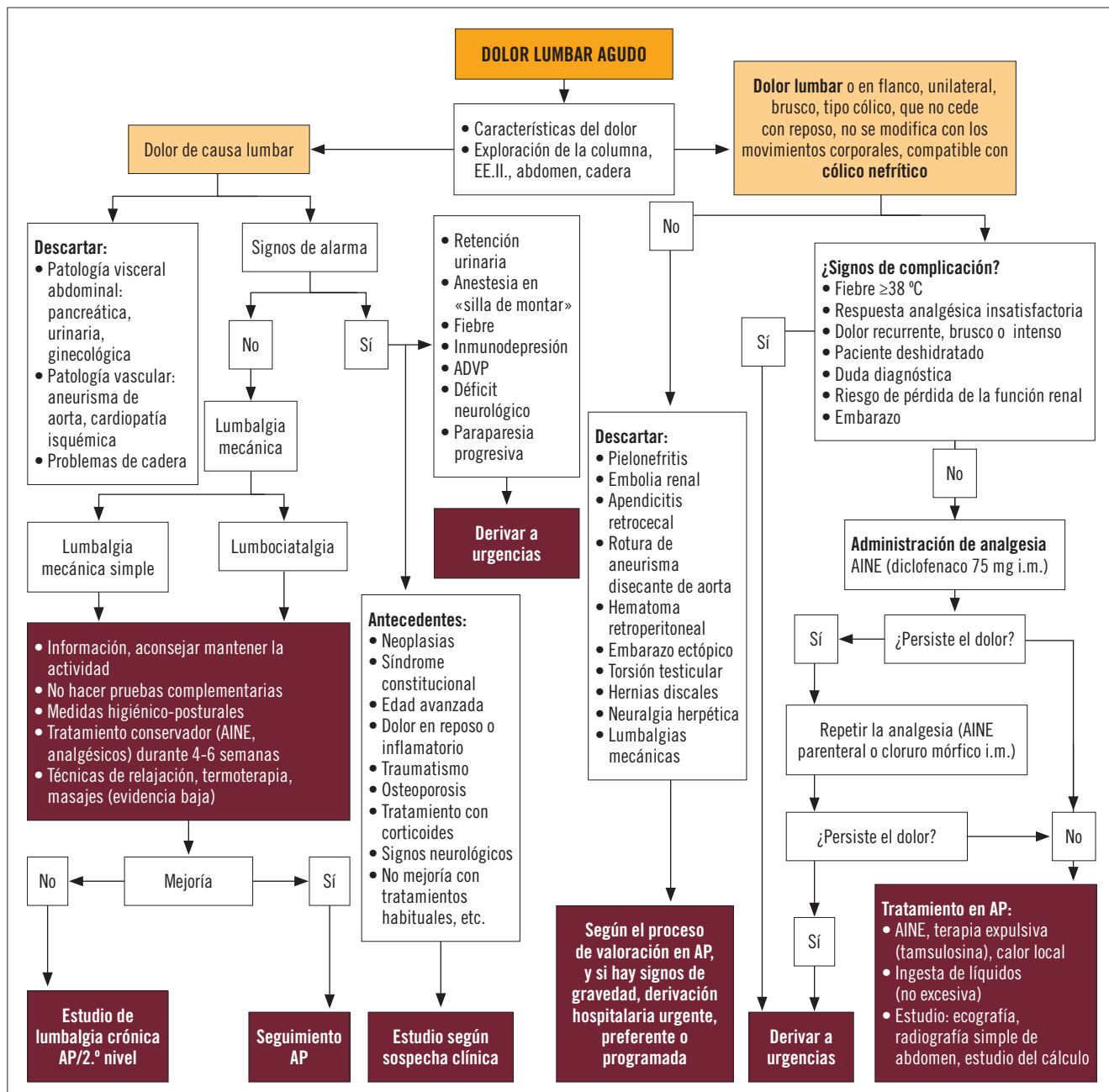


Figura 3

mundo, con un aumento de los costes por su atención en los últimos años.

- La litiasis renal (LR) se caracteriza por la presencia de cálculos en la vía urinaria. Constituye una causa importante de morbilidad, antes que de mortalidad o fracaso renal, y conlleva un elevado coste socioeconómico. Se sitúa en frecuencia por detrás de las ITU y de la patología prostática. Tiene una prevalencia en España del 1-10%, predomina en los varones y se presenta más frecuentemente entre los 30 y los 50 años de edad. El

CN representa el 2-5% de las urgencias hospitalarias, y es la causa más frecuente de dolor de origen urológico. Más de un 12% de la población presentará a lo largo de su vida un CN, con una tasa de recurrencia de alrededor del 50% (tabla 5).

### Comorbilidades y situaciones especiales

- En un 85-90% se trata de un DL inespecífico, sin que se identifique ninguna patología causante o alteración anatómica. En un 5-10% se presenta como un dolor radicu-



lar, cuyas causas más comunes son las protrusiones y las hernias discales. En un 2-4% existirá una fractura vertebral, especialmente en personas mayores con antecedentes de osteoporosis o tratamiento prolongado con corticoides. En menos del 1% de los casos tendrá una causa específica, que puede ser grave y/o precisar valoración o tratamiento inmediato (cáncer, infección, espondiloartropatías, etc.).

- Síntomas/signos de alarma de enfermedad sistémica en el DL agudo:
  - Antecedentes de cáncer.
  - Edad <20 o >50 años.
  - Pérdida de peso.
  - Duración del dolor >1 mes, dolor o sudoración nocturnos con fiebre y escalofríos, dolor que aumenta con el reposo.
  - Falta de respuesta al tratamiento.
  - Historia de traumatismo.
  - Procedimientos recientes con riesgo de bacteriemia.
  - El consumo de drogas por vía parenteral (ADVP) aumenta la sospecha de infección espinal.

### Diagnóstico definitivo y orientación terapéutica (figura 3)

- La evaluación inicial del DL agudo en AP incluye una historia clínica detallada (recogida de los antecedentes personales y las características del dolor con los síntomas acompañantes) y una exploración física en bipedestación y en decúbito.
- No se recomienda realizar pruebas complementarias sistemáticamente en el estudio del DL inespecífico:
  - Las radiografías de columna lumbar están recomendadas si hay sospecha de fractura, historia o riesgo de osteoporosis, antecedentes de traumatismo o uso crónico de esteroides y, como estudio inicial, si el dolor es persistente y no existe afectación medular o síntomas de radiculopatía.
  - La resonancia magnética está recomendada si hay un déficit neurológico significativo o progresivo, sospecha de espondilodiscitis o síndrome de compresión medular.
- Ante un paciente con CN, la medida más urgente es el tratamiento del dolor, junto con la realización de una anamnesis que recoja los antecedentes personales qui-

rúrgicos y urológicos (episodios previos de CN expulsivos o no, urolitiasis, ITU, maniobras urológicas, etc.), las características del dolor y los síntomas acompañantes (síntomas miccionales irritativos y microhematuria). La existencia de fiebre nos obliga a descartar complicaciones.

Se pueden realizar las siguientes pruebas complementarias:

- Tira de orina: confirma la hematuria y, si no hay complicaciones, no se requieren más pruebas.
- Test de gestación si hay sospecha de embarazo, y analítica si está disponible (valora la función renal).
- Radiografía simple de abdomen: no cambia la actitud terapéutica ante un CN con claro diagnóstico clínico.
- Ecografía abdominal: indicada en casos de duda diagnóstica (trasplantado renal, monorreno, masa renal palpable, no respuesta al tratamiento, sospecha de uropatía obstructiva, litiasis >8 mm o complicaciones).

### Puntos clave

- El DL suele presentarse de manera inespecífica, y en la mayoría de los pacientes tendrá un curso benigno, pero puede ocultar patologías graves con riesgo de secuelas o muerte.
- El reconocimiento de los signos/síntomas de alarma en la historia clínica o la exploración física del paciente con DL guiará la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en las circunstancias que puedan amenazar la salud del paciente.
- El objetivo del tratamiento del DL es reducir el dolor y sus consecuencias, incluida la discapacidad asociada.
- La primera actuación ante el CN es tratar el dolor. La exploración radiológica es imprescindible para evaluar un CN complicado. La tira de orina sin alteraciones no descarta un CN ni la existencia de LR.
- El manejo conservador se considera el tratamiento de primera línea en el CN simple de causa litiásica.
- El primer episodio de CN debe estudiarse en la consulta de urología (a los 3 meses del CN con historia clínica, exploración física, radiografía de abdomen, ecografía, analítica de sangre y orina, y análisis cristalográfico del cálculo).

## URGENCIA MICCIONAL

En la actualidad, el tracto urinario inferior se considera una unidad vesicoprostática, y se reconoce la importancia de la vejiga en la aparición de los STUI, atribuidos clásicamente a la próstata (tabla 6).

- No siempre la causa de los STUI era la hipertrofia benigna de próstata; no obstante, esta patología es la causante del 66% de los STUI, y debemos dudar de esta etiología si el paciente presenta síntomas mixtos. Los STUI, y más específicamente la incontinencia urinaria y la vejiga hiperactiva (VH), afectan a una elevada proporción de mujeres y representan un problema de salud considerable por su elevada prevalencia y por el impacto significativo en la calidad de vida.
- La VH se define como un síndrome caracterizado por la presencia de urgencia miccional aislada o en combinación con otros síntomas, como incontinencia de urgencia, generalmente asociada a un aumento de la frecuencia miccional y la nicturia, en ausencia de otra enfermedad demostrable (tabla 7).
- La VH afecta a 400 millones de personas en todo el mundo, y en Europa a 22 millones (16,6%); en España su prevalencia es del 21,5%, mayor en las mujeres (25,6%) que en los hombres (17,4%). Según distintos estudios, tan sólo el 28,4% de los pacientes con síntomas compatibles habían sido diagnosticados de VH, y únicamente el 16,7% habían recibido tratamiento. Su alta prevalencia y el impacto negativo sobre la calidad de vida de las personas que la padecen, junto con el elevado gasto socio-sanitario que genera (se destina un 90% a pañales y poca cuantía al diagnóstico o tratamiento), convierten a la VH en un gran problema sanitario.

### Comorbilidades y situaciones especiales (tabla 8)

### Diagnóstico definitivo y orientación terapéutica (figura 4)

- La VH afecta notoriamente a la calidad de vida tanto de hombres como de mujeres, así como a su desempeño laboral. El médico de familia debe realizar una evaluación inicial completa, que incluya una detallada historia clínica y una exploración física exhaustiva, una valoración de los síntomas a través del diario miccional y los cuestionarios de cribado y de la calidad de vida, y un análisis de orina. Con ello suele ser suficiente para un abordaje diagnóstico de esta patología, y sólo en algunos casos se requerirá medir el residuo posmiccional, realizar un cultivo de orina u otras pruebas complementarias para descartar otras patologías (VH complicada).
- El tratamiento de la VH debe ser individualizado y escalonado, comenzando con medidas conservadoras que deben ofrecerse a todos los pacientes, como cambios en el estilo de vida y programas de modificación de la conducta (entrenamiento vesical o de los músculos del suelo pél-

Tabla 6. Síntomas del tracto urinario inferior (STUI)

Llenado	Vaciado	Posmiccionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia</li> <li>• Urgencia</li> <li>• Nicturia</li> <li>• Incontinencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flujo débil</li> <li>• Micción en regadera</li> <li>• Intermitencia</li> <li>• Retardo</li> <li>• Esfuerzo miccional</li> <li>• Goteo terminal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Goteo posmiccional</li> <li>• Sensación de vaciado incompleto</li> </ul>

Tabla 7. Definición de vejiga hiperactiva

<b>Urgencia</b>
Deseo miccional de forma repentina e imperiosa difícil de posponer. Síntoma distintivo
<b>Frecuencia miccional</b>
El paciente considera que ha aumentado el número de micciones (normal hasta 7 micciones al día). El número de micciones puede modificarse por la ingesta de líquidos u otras enfermedades
<b>Nicturia</b>
Cuando el paciente se despierta por la noche una o más veces para orinar
<b>STUI de llenado</b>
Frecuencia, urgencia y nicturia

Tabla 8. Diagnóstico diferencial de patologías que ocasionan STUI

<ul style="list-style-type: none"> <li>• HBP</li> <li>• Cáncer (próstata, uretra, vejiga)</li> <li>• Infecciones (tracto urinario inferior, prostatitis u otras infecciones de transmisión sexual)</li> <li>• Patología vesical (litiasis, cistitis intersticial o por radiación)</li> <li>• Patología rectal</li> <li>• Estenosis de uretra o esclerosis de cuello de vejiga</li> <li>• Enfermedades sistémicas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diabetes mellitus</li> <li>– Enfermedad de Parkinson</li> <li>– Insuficiencia cardíaca congestiva</li> <li>– Esclerosis múltiple</li> <li>– Patología de discos intervertebrales lumbosacros</li> <li>– Poliuria nocturna</li> <li>– Consumo excesivo de líquidos</li> </ul> </li> <li>• Vejiga hiperactiva</li> <li>• Fármacos (diuréticos, antihistamínicos, calcioantagonistas, antidepresivos tricíclicos, opiáceos, alfaadrenérgicos)</li> </ul>
--

vico), junto con el tratamiento farmacológico, ambas medidas consideradas como tratamiento de primera línea. En otras ocasiones, el tratamiento incluye la colaboración de varios niveles asistenciales y la combinación de ambas

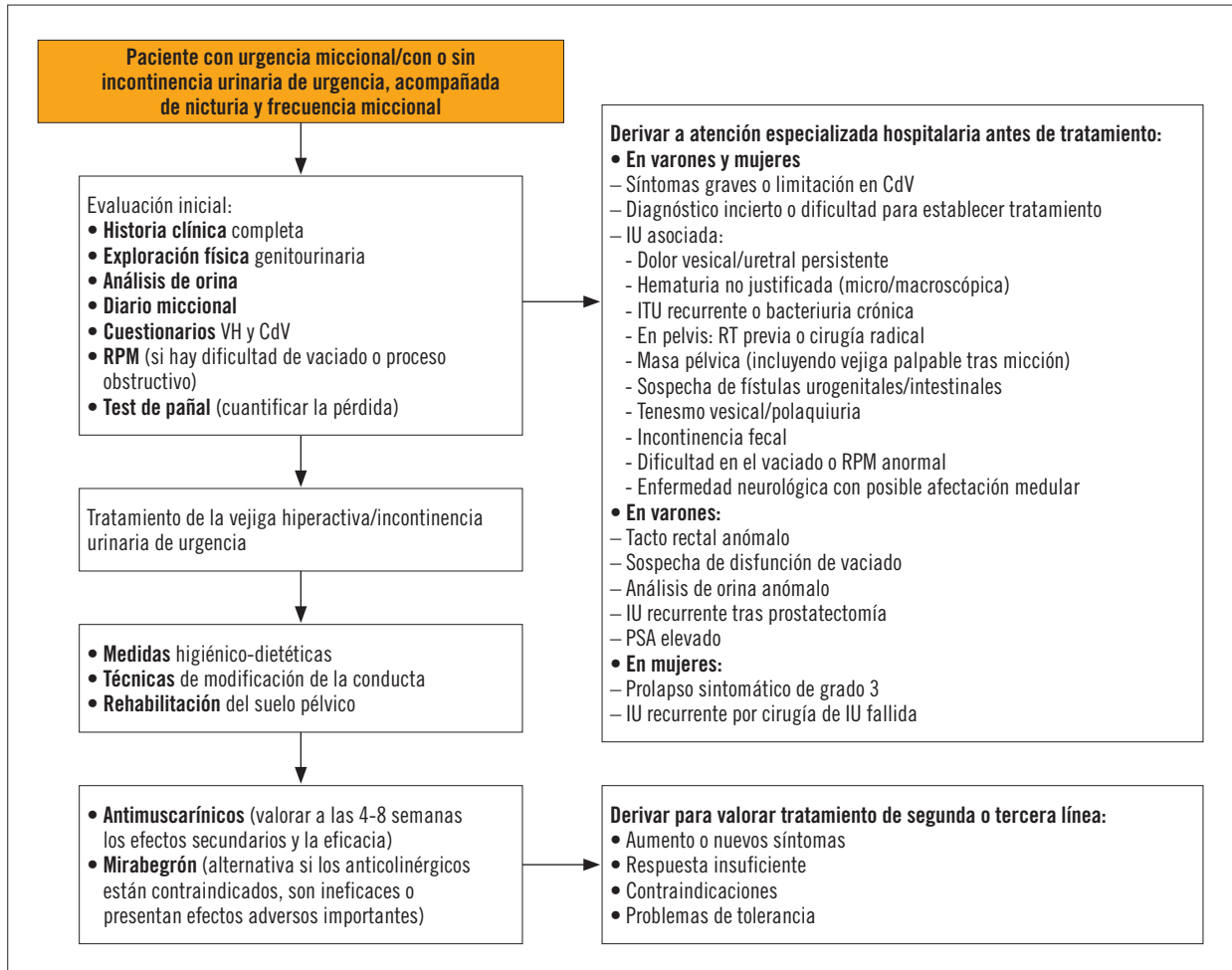


Figura 4

medidas u otras (electroestimulación, toxina botulínica, cirugía, etc.), para mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir sus síntomas o el número de escapes y recuperar la continencia cuando sea posible. Determinadas circunstancias o patologías podrían indicar que estamos ante un caso de VH complicada y que debemos derivar al paciente al segundo nivel asistencial para su manejo diagnóstico y terapéutico.

### Puntos clave

- La VH es una patología muy prevalente, infradiagnóstica e infratratada; conlleva una afectación importante de la calidad de vida de los pacientes y un gasto sociosanitario considerable.
- Debemos pensar en ella cuando el paciente consulte por una urgencia miccional, y realizar un diagnóstico di-

ferencial con otras posibles causas que ocasionen este síntoma.

- Se diagnostica prácticamente a partir de la clínica, la recogida y la valoración de los síntomas (diario miccional) y la exploración física.
- Es preciso conocer los criterios de derivación y el diagnóstico diferencial con otras patologías que puedan ocasionar una urgencia miccional.
- El tratamiento debe realizarse por etapas. Como primera línea se establecen medidas conservadoras (higiénico-dietéticas y de modificación de la conducta [entrenamiento de la vejiga y de los músculos del suelo pélvico]) y tratamiento farmacológico (antimuscarínicos y mirabegrón), que pueden combinarse. Su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y reducir y/o eliminar la sintomatología.

## Bibliografía

- Adot Zurbano JM, Esteban Fuertes M, Batista Miranda JE, Salinas Casado J. Guía de vejiga hiperactiva de la AEU, 2014. Disponible en: <http://www.aeu.es/User-Files/files/GuiaVejigaHiperactivaAEU.pdf>
- Bernal Pacheco MR, Blasco Hernández P, Borobia Pérez A, Chantada Abal J, Díez Itza I, Espuña Pons M, et al. Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. ISBN: 978-84-16831-85-2.
- Broseta Rico E, Budía Alba A, Burgués Gasió JP, Luján Marco S. Urología práctica, 4.ª ed. Madrid: Elsevier España, 2016.
- Curhan GC, Aronson MD, Preminger GM. Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis in adults. En: Goldfarb S, O'Leary MP, Soto JA, Lam AQ, Lee SI, eds. UpToDate. 2018 [consultado el 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Eyre RC. Evaluation of acute scrotal conditions in adults. En: O'Leary MP, Givens J, eds. UpToDate. 2017 [consultado el 16 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- González-Ruiz de León C, Pérez-Haro ML, Jalón-Monzón A, García-Rodríguez J. Actualización en incontinencia urinaria femenina. *Semergen*. 2017; 43(8): 578-584. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2017.01.003>
- Gutiérrez Pérez MI, Amón Sesmero JH. Manejo de la patología urológica en atención primaria. Valladolid: Gutiérrez MI, 2013; 13-33.
- Jusmet Miguel X, Milozzi Berrocal J, Pérez Morales D. Patología testicular. Los principales problemas de salud. *AMF*. 2017; 13(1): 4-15.
- Kurtz M, Feldman AS, Perazella MD. Etiology and evaluation of hematuria in adults. En: Glasscock RJ, O'Leary MP, Soto JA, Lam AQ, Lee SI, eds. UpToDate. 2018 [consultado el 12 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Nielsen M, Qaseem A.; High Value Care Task Force of the American College of Physicians. Hematuria as a marker of occult urinary tract cancer: advice for high-value care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016; 164(7): 488-497 [doi: 10.7326/M15-1496].
- Pérez Morales D, Morera García M. Masa escrotal. Mejorando la capacidad resolutoria. *AMF*. 2014; 10(8): 450-454.
- Verdejo-Bravo C, Brenes-Bermúdez F, Valverde-Moyar MV, Alcántara-Montero A, Pérez-León N. Documento de consenso sobre vejiga hiperactiva en el paciente mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015; 50(5): 247-256.
- Wheeler SG, Wipf JE, Staiger TO, Deyo RA, Jarvik JG. Evaluation of low back pain in adults. En: Atlas SJ, Kunins L, Lee SI, eds. UpToDate. 2018 [consultado el 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>