

SEMIOLOGÍA UROLÓGICA

*Herney Andrés García P.
Alejandro Quintero*

La semiología urológica es, claramente, el estudio de los signos y síntomas del paciente con enfermedad urológica. La historia clínica y el examen físico son la base para un adecuado diagnóstico clínico y juntas tienen una sensibilidad hasta del 90% para tal objetivo.

El componente general de la historia clínica es el mismo utilizado en la urología: Los datos de identificación: Nombre, edad, género, estado civil, seguridad social, ocupación, procedencia.

La causa de consulta es el inicio de la descripción de la enfermedad; es el punto que nos ofrece la dirección que se debe seguir. La enfermedad actual es el desarrollo de la causa de consulta, donde las preguntas que se realizan van encaminadas a describir toda la historia del problema del paciente.

Los antecedentes personales y familiares son los descritos en las otras especialidades, sin embargo debe haber un enfoque urológico.

El examen físico debe realizarse completo, sin embargo el enfoque debe ser urológico, dependiendo de la causa de consulta. Al final del proceso lo que pretendemos es poder llegar a un diagnóstico válido y preciso.

A continuación describiremos algunos de los signos y síntomas más significativos para el estudio de las enfermedades urológicas.

SÍNTOMAS GENERALES

Es fundamental preguntar por síntomas generales como fiebre, malestar general, pérdida de peso, frecuencia del o los episodios, si es el primer episodio o es repetitivo, su asociación con Síntomas del Tracto Urinario Bajo (LUTS por sus siglas en inglés); usualmente estos se presentan en infecciones del tracto urinario, así como en neoplasias.

Hay ocasiones en las que el paciente se presenta sólo con un examen de laboratorio pero no se encuentran síntomas.

SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO BAJO (LUTS)

Los síntomas urinarios del tracto urinario inferior están divididos en tres grupos: Síntomas de almacenamiento, evacuación y post miccionales.

Síntomas de almacenamiento

Son experimentados durante la fase de almacenamiento de la vejiga.

Aumento en la frecuencia diurna: Es la queja hecha por el paciente, quien considera que evacua muy seguido en el día. Este término es equivalente a POLAQUIURIA.

Nocturia: Es el síntoma que el individuo manifiesta de tener que levantarse en la noche una o más veces para orinar.

Urgencia: Es el deseo repentino de orinar, el cual es difícil de diferir.

Incontinencia urinaria: Es cualquier escape involuntario de orina.

En cada circunstancia específica la incontinencia urinaria debe ser descrita en mayor profundidad, señalando factores relevantes y específicos como tipo, frecuencia, severidad, factores precipitantes, impacto social, efectos sobre la higiene y calidad de vida, además de las medidas usadas para contener el escape.

Incontinencia urinaria de esfuerzo: Es el escape involuntario de orina asociado con el esfuerzo, el ejercicio, estornudar o toser.

Incontinencia urinaria de urgencia: Es el escape involuntario de orina inmediatamente acompañado o precedido por urgencia.

Incontinencia urinaria mixta: Es el escape involuntario de orina asociado con urgencia y también con esfuerzo.

Enuresis: Significa cualquier pérdida involuntaria de orina y es usada para denotar incontinencia durante el sueño y siempre debería ser calificada con el adjetivo “Nocturna”.

Incontinencia urinaria continua: Es la queja de escape continuo.

Incontinencia urinaria de otro tipo: Puede ser situacional, por ejemplo durante el encuentro sexual o la incontinencia con la risa.

Sensación vesical: Puede ser definida durante la toma de historia clínica por cinco categorías:

- *Normal:* El individuo es consciente del llenado vesical y la sensación aumenta hacia un fuerte deseo de orinar.
- *Aumentado:* El individuo siente un más temprano y persistente deseo de orinar.
- *Reducido:* El individuo es consciente del llenado vesical pero no siente un deseo definido de orinar.
- *Ausente:* El individuo no reporta sensación de llenado vesical o deseo de orinar.
- *No específico:* El individuo no reporta sensación vesical específica pero puede percibir llenado vesical como distensión abdominal, síntomas vegetativos o espasticidad.

Síntomas de evacuación: Vaciamiento

Son experimentados durante la fase miccional.

Chorro débil: Es reportado por el individuo como su percepción de flujo urinario reducido, usualmente comparado al funcionamiento previo o en comparación a otros.

En regadera (dividido): Reporte de dos o más pequeños chorros urinarios.

Intermitencia: Es el término usado cuando el individuo describe que el flujo urinario se detiene y empieza de nuevo en una o más ocasiones durante la micción.

Vacilación: Es el término usado cuando un individuo describe dificultad para iniciar la micción, resultando en una demora para evacuar después que el individuo está listo para la micción.

Pujo: Describe el esfuerzo muscular usado para iniciar, mantener o mejorar el chorro urinario.

Goteo terminal: Es el término usado cuando un individuo describe una prolongación en la parte final de la micción, cuando el flujo ha disminuido hasta el goteo.

Síntomas post miccionales

Son experimentados inmediatamente después de la micción.

Sensación de vaciamiento incompleto (Tenesmo): Es un término auto explicatorio para la sensación experimentada por el individuo después del paso de orina.

Goteo post-miccional: Es el término usado cuando un individuo describe la pérdida involuntaria de orina inmediatamente después de que ha terminado el paso de orina.

Otros síntomas

- ***Hematuria microscópica:*** > 3 hematíes por campo, presente en 2 de 3 uroanálisis tomados (Guías Asociación Americana de Urología).
- ***Hematuria macroscópica:*** Presencia evidente y observable de orina con sangre, presente en problemas urológicos traumáticos, neoplásicos, entre otras alteraciones.
- ***Uretrorragia:*** Presencia de sangre a través de la uretra, no relacionada con la micción, usualmente secundaria a procesos traumáticos de la vía urinaria baja.
- ***Piuria:*** Presencia de pus en la orina, se refleja al examen microscópico de la orina por más de 10 leucocitos por campo. Usualmente se asocia con la presencia de bacterias (urocultivo positivo), sin embargo también se puede presentar piuria estéril, lo que hace sospechar neoplasias, tuberculosis, instrumentación de la vía urinaria, litiasis, entre otras.
- ***Dolor:*** Es el síntoma que más frecuentemente lleva el paciente a consultar al especialista. Las características del dolor dependen en general de su causa.
- ***Dolor renal y uretral:*** Dolor tipo cólico (intermitente), intenso, generalmente debido al paso de un cálculo; este cólico depende en gran medida de la distensión de la cápsula renal y por ende de las fibras nerviosas alrededor de la misma, así como la liberación de mediadores de dolor locales. Se puede irradiar a la región lumbar, flanco y, cuando la obstrucción es distal, este dolor es irradiado a los testículos, al glande o cara supero-medial de los muslos, en el hombre, y a los labios mayores, en la mujer.
- ***Dolor vesical:*** Se presenta una sensación de peso intenso en el hipogastrio, usualmente se da en pacientes con retención urinaria. Además se puede presentar dolor vesical por inflamación de las paredes de la vejiga en procesos inflamatorios agudos y crónicos, asociados con disuria, especialmente en las mujeres.

- **Dolor uretral:** Tipo ardor intenso, asociado a procesos inflamatorios o infecciosos agudos y crónicos.
- **Dolor prostático:** Sensación de peso en periné, irradiado a región lumbosacra, pene y región anal.
- **Dolor escrotal:** Depende de la patología, puede ser un dolor sordo, permanente, asociado con procesos infecciosos, que mejoran al elevar el escroto y que pueden aumentar al presionar el testículo o el epidídimo. También se puede presentar dolor súbito intenso que no cede, cuando se relaciona con procesos isquémicos como en una torsión testicular.

EXAMEN FÍSICO

El examen debe ser completo, describiendo la apariencia general, los signos vitales del paciente, así como los hallazgos del examen físico general, como en cualquier otra patología.

En la inspección el paciente debe retirarse toda la ropa, se buscan signos de uremia, edemas, alteraciones en la marcha, hernias abdominales como en la zona genital; en la parte posterior baja se deben buscar signos de mielomeningocele.

Al enfoque genital se deben buscar alteraciones en el pene: longitud, inclusión del tejido circundante, localización del meato, prepucio, priapismo, desviaciones en la erección, tumores, nódulos, cambios inflamatorios, hidrocele, varicocele, hernias, úlceras, infecciones, malformaciones, condilomas.

La palpación del pene busca la presencia de anomalías de conformación, tumores, placas, nódulos, fibrosis, forma y localización del meato (hipospadias o epispadias), localización uretral (cuerpo esponjoso).

La palpación del escroto, tanto en la posición de pie como en decúbito, evalúa el volumen, orientación, posición, número y consistencia de los testículos, la presencia de masas, el desarrollo testicular, la conformación y localización del epidídimo, espermatocoele (quistes del epidídimo), el dolor a la palpación de estas estructuras, la palpación de la dilatación del plexo venoso (varicocele), la presencia de hernias, hidrocele (acumulación de líquido en el interior de la túnica vaginal), para este último es de gran ayuda la utilización de la transiluminación.

Se explora también la localización y la conformación del cordón espermático, así como el desarrollo de masas (quistes).

En las mujeres, igualmente examinar los genitales externos; la mujer se coloca en posición de litotomía o ginecológica (decúbito dorsal y piernas flexionadas); inicialmente se debe realizar la inspección de la vulva (edemas, escoriaciones, masas), posteriormente, con los dedos índice y pulgar, se abren los labios mayores; de esta manera se evalúa la presencia de: secreciones, masas, el aspecto de la mucosa vaginal (rosada, húmeda, con estigmas de rascado, roja con secreciones, trofismo (palidez por disminución de la cantidad de estrógenos locales); así mismo se determina la localización del meato uretral (anatomía y estado de la mucosa uretral), la presencia o ausencia de prolapsos vaginales (serán explicados en la sección de incontinencia urinaria), desgarros perineales (principalmente hacia la pared posterior vaginal).

En las niñas, se debe describir y determinar las características y localización del clítoris, así como la apariencia del anillo himeneal (himen): perforado o imperforado, entre otras características; incluso evaluar si hay sinequias de la vulva (adherencias) que requieran un manejo por especialista.

La evaluación vaginal se debe realizar bajo visualización directa con un espéculo y por medio del tacto vaginal. Se debe escoger el instrumento de tamaño adecuado (usualmente en niñas que no han iniciado su vida sexual, no se realiza especuloscopia ni tacto vaginal), se separan los labios mayores con los dedos de la mano izquierda y se introduce el especuloscopio, previa lubricación con agua o solución salina. Se evalúa en el interior vaginal: el estado de la mucosa, la presencia de secreciones, tumores, la apariencia del cuello uterino, úlceras, entre otras cosas.

El tacto vaginal busca evaluar las paredes vaginales, la presencia de masas, la localización del cuello del útero, si hay dolor a la palpación bimanual (vagina y abdomen) de la pared anterior vaginal (sitio de localización anatómica de la vejiga); si hay compromiso asociado de los anexos y/o útero en la movilidad que sugieran un proceso infeccioso, entre otros aspectos ginecológicos.

Se debe realizar una palpación abdominal completa, buscar masas renales a la palpación bimanual, masas en hipogastrio, puñopercusión lumbar en busca de infección urinaria alta. Idealmente debe vaciarse la vejiga antes de iniciar la palpación abdominal dado que la distensión vesical genera dolor. La palpación de la región inguinal básicamente busca adenopatías.

Recordar que la palpación en casos de dolor abdominal se inicia por el sitio de menor dolor, llegando al de mayor dolor para evaluar claramente si existen signos de irritación peritoneal.

EXAMEN RECTAL

El examen se realiza con el paciente acostado en decúbito dorsal, con el abdomen expuesto, las piernas flexionadas a 90° o lo más cercano al abdomen o bien en posición de litotomía. El objetivo de la primera posición es lograr un examen prostático completo, que incluya una adecuada palpación bimanual. Se obtiene menos información con el paciente de lado o inclinado en la camilla o boca abajo porque estas posiciones no permiten hacer la palpación simultánea del abdomen.

Parámetros del examen prostático: Esfínter, consistencia, simetría, tamaño, movilidad, dolor, surco medio y palpación bimanual.

Inspección: Antes del tacto rectal, se inspecciona el ano, que puede presentar fisuras y más raramente tumores y condilomas.

Palpación: El guante se lubrica generosamente (vaselina, lubricante hidrofílico o lidocaína jalea); se le puede pedir al paciente que realice maniobras que relajen el esfínter anal, como toser o pujar y se introduce el dedo con suavidad, dirigiéndolo hacia el ombligo. Inicialmente se evalúan el tono del esfínter y la ampolla rectal. Se puede controlar el reflejo bulbo-cavernoso; para ello se solicita al paciente que relaje el esfínter, y se presiona el glande con la mano opuesta; si el reflejo es normal, se produce una contracción involuntaria del esfínter anal.

La próstata se examina mediante una palpación leve de la pared anterior del recto; se determinan los límites superiores y laterales, el grado de protrusión hacia la luz del recto y el surco medio. Con experiencia puede valorarse su tamaño en gramos aunque es una valoración subjetiva con una concordancia interobservador muy baja. Cada lóbulo se palpa cuidadosamente, registrando su consistencia: normal (cauchosa, semejante a la de la eminencia tenar) o anormal (la presencia de nódulos o irregularidades y el dolor a la movilización, entre otras características). La próstata normal es fibroelástica, plana e indolora.

Valoración del tamaño: El tamaño de la próstata a menudo es un tema eludido por los textos urológicos por la subjetividad que implica su valoración por tacto rectal; en todo caso aproximarse al tamaño real necesita experiencia de parte del examinador. Existen varias formas teóricas para registrarlo. Cualitativamente el método más simple es valorar si es normal o está aumentada de tamaño. Con mayor experiencia se puede calcular el peso en gramos (la próstata normal tiene un volumen de unos 20 ml de tejido que equivalen uno a uno en gramos). Esto representa aproximadamente el tamaño de una ciruela. Quisiera adicionar que por cada través de dedo la

próstata tiene 10 gramos de tejido y por encima de 40 gramos de tejido se pierde el surco interlobular.

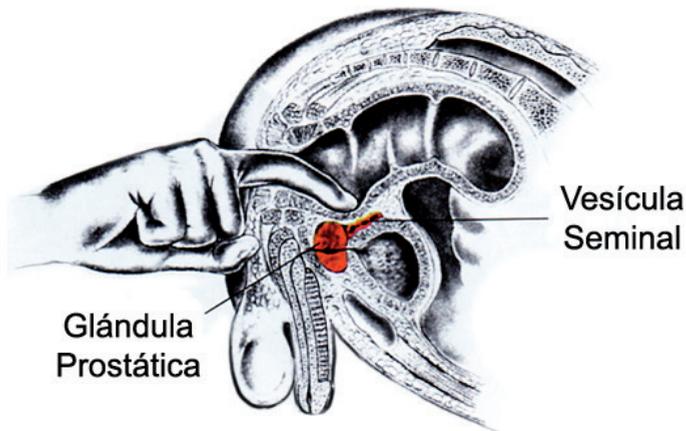


Figura 1.1. Examen prostático rectal

Tacto rectal normal

Región anal normal, esfínter tónico, ampolla (vacía o llena), próstata plana o se palpa un rodete de tejido, consistencia cauchosa (blanda), no hay nódulos, surco medio presente o no palpable cuando la próstata es plana; próstata móvil, no dolorosa, palpación bimanual negativa. El guante puede o no salir impregnado de materia fecal (describir el aspecto).

Tacto rectal anormal

Hiperplasia benigna de la próstata

- La próstata está aumentada de tamaño.
- Consistencia fibroelástica sin nódulos.
- Móvil.
- No dolorosa.

Adenocarcinoma de próstata

- La próstata puede estar aumentada de tamaño.
- Consistencia pétrea global o nódulo(s) pétreo(s) [describir la(s) zona(s) y el tamaño].
- Glándula (móvil o adherida).
- Recesos laterales comprometidos.
- No dolorosa.

Prostatitis aguda

- Caliente.
- Próstata aumentada de tamaño (describir el grado o el peso aproximado en gramos).
- Consistencia blanda.
- Móvil.
- Dolor a la movilización de la glándula.

MENSAJES PARA RECORDAR

- La historia clínica y el examen físico son herramientas fundamentales para llegar a un diagnóstico clínico válido y preciso en el 90% de las oportunidades.
- Todo el proceso debe realizarse de forma general, como todo paciente al que el médico se enfrenta, sin embargo el enfoque debe ser urológico.
- Todo médico debe perderle el miedo a la genitalidad y debe examinar al paciente por completo, desvestirlo(a), palpar los genitales y realizar el tacto rectal vaginal, según el caso.
- Aprender la semiología urológica nos ayuda a interpretar las patologías del aparato genital y urinario de una manera más sencilla.

BIBLIOGRAFÍA

Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., Ulmstein U. et al. (2002), *The Standardization of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardization of the sub-committee of the International Continence Society*. *Neurourology and Urodynamics*, 21:167-178.

Ackerman J. *Semiología urológica*. Cali, Universidad del Valle.

Artuz MA. (1995), *Semiología ginecológica y obstétrica*. Cali. Universidad del Valle, p. 148.

Cediel R. (2008), *Semiología médica*. Sexta edición. Cali. Celsus, p. 676.

McAninch J. (2005), “Síntomas de los padecimientos del aparato genitourinario”, en: *Urología general de Smith*. México. Editorial El Manual Moderno, pp. 26-34.

Messelink B., Benson T., Berghmans B., Bo K., Corcos J., Fowler C. et al. (2005), *Standardisation of terminology of pelvic floor muscle function and dys-*

function: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. Neurourology and urodynamics, 24:374-380.

Rey J., Barros J., Ojea A. (2007), “Historia clínica: Anamnesis y exploración física”, en: Castiñeiras J., *Libro del residente de Urología*. Primera edición. Madrid. Gráficas Marte, pp. 27-39.

Suros A, Surós J. (2001), *Semiología médica y técnica exploratoria*. 8a. edición. Elsevier, p. 1184.