

HIPERTROFIA PROSTATICA

*Dra. Martha Zalles Blanco

* Dr. Errol Carvajal

*Medicos Familiares.Pol 9 de Abril.

I. DEFINICIÓN:

Obstrucción del flujo urinario con aumento prostático y presencia de síntomas del tracto urinario inferior.

Es una enfermedad lentamente progresiva, su sintomatología puede fluctuar en el tiempo.

II. EPIDEMIOLOGÍA:

La hipertrofia benigna prostática es el tumor benigno más común en el hombre.

A los 60 años de edad un 50% de los varones presenta hallazgos microscópicos de hipertrofia benigna prostática y se dice que el 90% lo sufre a los 85 a los 85 años. A los 80 años no menor del 60% de los hombres presentan síntomas.

III. FACTORES DE RIESGO

Una edad suficiente y la presencia de testes funcionantes son condiciones necesarias para desarrollar una Hipertrofia Benigna Prostática.

No se encuentran datos que avalen la influencia de factores como: la raza, aspectos de la dieta, actividad sexual, factores genéticos, etc. en la Hipertrofia Benigna Prostática. Pero parece que la actividad física puede ejercer un efecto protector y fármacos como los bloqueadores alfa pueden reducir el riesgo de Hipertrofia Benigna Prostática.

IV. ETIOPATOGENIA:

No se conoce la causa exacta del agrandamiento de la próstata. Se cree que factores ligados al envejecimiento y a los testículos pueden jugar un papel importante en el crecimiento de la glándula.

A partir de los 40 años, por mecanismos posiblemente hormonales suele haber un aumento de la glándula prostática. Se cree que el crecimiento de la glándula prostática depende de un desequilibrio hormonal. A partir de los 40 años los testículos tienden a secretar menor cantidad de testosterona.

Esta disminución en la cantidad de la hormona masculina circulante estimula la producción de factores de crecimiento celular a nivel prostático originando el progresivo aumento del tamaño de la glándula.

V. EVALUACIÓN DEL PACIENTE.

1. Anamnesis.

Antecedentes de enfermedades neurológicas, diabetes, HTA, etc.

Utilización de fármacos que afectan la micción como: anticolinérgicos, antidepresivos, diuréticos, alfabloqueantes.

Clínica. Sintomatología de la Hipertrofia Benigna Prostática. (Tabla 1)

SINTOMAS IRRITATIVOS	SINTOMAS OBSTRUCTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> - Polaquiuria diurna - Nicturia - Urgencia miccional - Malestar hipogástrico - Hematuria macro o microscópica (no glomerular). 	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso en el inicio de la micción - Sensación de micción incompleta - Goteo post miccional - Disminución de la fuerza del chorro - Micción intermitente - Retención urinaria aguda - Infecciones urinarias en el anciano - Insuficiencia renal crónica por hidronefrosis (evolución terminal).

Cuestionario I-PSS (Cuadro 1)							
Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____					
Identificación: _____		Fecha de valoración: _____					
Escala internacional de Síntomas Prostáticos I-PSS-Cuestionario							
		ninguna	Menos de una de cada 5 veces	Menos de la mitad de las veces	Alrededor de la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1.	Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar su vejiga completamente después de orinar?	0	1	2	3	4	5
2.	Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar antes de las dos horas de haber orinado por última vez?	0	1	2	3	4	5
3.	Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha parado de orinar y empezado de nuevo durante la micción?	0	1	2	3	4	5
4.	Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5.	Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha observado presentar un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5
6.	Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que “esforzarse” o “apretar” para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
		ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más
7.	Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar desde el momento de irse a la cama por la noche hasta el momento de levantarse por la mañana?	0	1	2	3	4	5
							Puntuación total del I-PSS S =
Calidad de vida (Cuadro 1)							
	encantado	aceptable	Bastante satisfecho	Igual de satisfecho que insatisfecho	Bastante insatisfecho	desgraciado	terrible
Si tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo hace ahora, ¿cómo se sentiría?	0	1	2	3	4	5	6
							Índice de calidad de vida L =

Para poder objetivar los datos que presenta la sintomatología del paciente se utilizan diferentes tablas, la más aceptada actualmente es la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS), recomendado por la O.M.S., validado en inglés y en castellano. Consta de 7 ítems con 6 posibles respuestas (de 0 a 6), y una última pregunta

independiente que valora la calidad de vida relacionada con la sintomatología que presenta el paciente.

El IPSS valora como leve cuando la puntuación obtenida es menor a 8; moderado si es de 8 a 19 y grave si es de 20 a 35. (Cuadro 1).

3. EXAMEN FISICO;

Exploración general, junto con valoración abdominal, buscando volúmenes residuales de orina en la vejiga (globo vesical).

Tacto rectal. Tono del esfínter, sensibilidad, tamaño, consistencia, límites, movilidad y nódulos.

VI. EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

1. Examen De sangre con función renal (determinación de la creatinina sérica).
2. Examen de orina.
3. PSA, junto con un tacto rectal su determinación es útil en pacientes en los que se sospecha enfermedad tumoral. Pero determinados valores de PSA no tienen especificidad y no permite la distinción entre HBP y la neoplasia de próstata localizada.
4. Ecografía renovésicoprostática, que nos valorará la próstata en cuanto a su morfología y valoración de posibles complicaciones como la hidronefrosis, y la determinación del volumen de orina que queda en la vejiga después de la micción (normal menor a 150ml), que será indicativo del grado de obstrucción a la emisión de la orina.
5. Flujometría, prueba urodinámica no invasiva, permite cuantificar la fuerza y duración del chorro miccional y valorar el grado de obstrucción.

VII. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Hipertrofia del cuello vesical.
- Estenosis uretral.
- Detrusor hipocontráctil.
- Hiperreflexia del detrusor.
- Infección urinaria.
- Litiasis vesical.
- Cáncer vesical.
- Cáncer de próstata.
- Neuropatía diabética.
- Alteración neurológica.
- Cirugía o trauma pelviano.
- Fármacos que alteran la función miccional.

VIII. TRATAMIENTO.

Los datos obtenidos mediante la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias definen los tres ejes de la hipertrofia benigna prostática. Hay una falta de correlación entre el tamaño de la glándula, la gravedad de los síntomas y el grado de obstrucción, que condiciona que la clínica de la enfermedad sea variable. Pueden existir pacientes con síntomas y con agrandamiento prostático, ó con agrandamiento prostático sin síntomas ó se presenten los dos casos y en cada uno puede existir, o no, obstrucción al flujo urinario.

Se dispone de tres grupos de fármacos para el tratamiento de la HBP:

1. BLOQUEADORES ALFA:

NO SELECTIVOS: Doxazosina, terazosina;
UROSELECTIVOS: Alfuzosina, tamsulosina.
Reducen el tono simpático de la musculatura del cuello vesical y de la próstata, mejoran la sintomatología y el flujo urinario máximo.

2. INHIBIDORES DE LA 5 ALFA

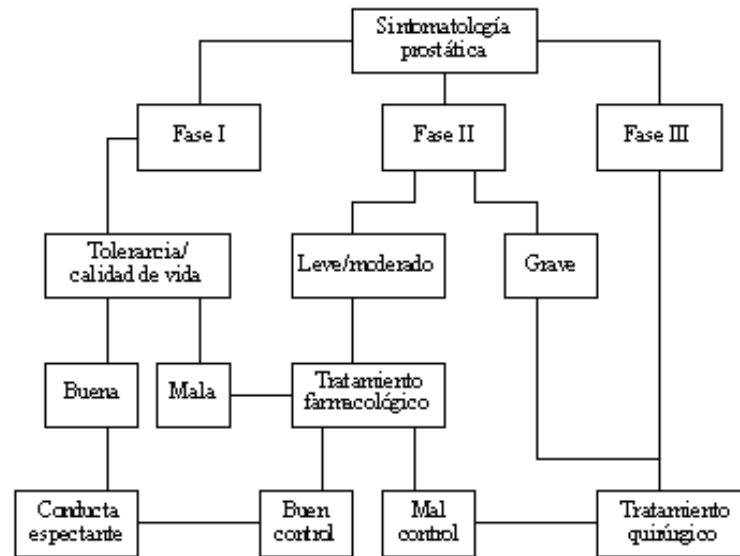
REDUCTASA: Finasteride, dutastaride. La inhibición de ésta enzima provoca una regresión de la hiperplasia, por tanto una mejoría clínica y funcional mediante la reducción del volumen prostático.

3. **FITOTERAPIA:** SERENOA REPENS. Su mecanismo de acción se basa en el bloqueo de la 5 alfa reductasa, ocasionando mejoría clínica y del flujo urinario superior que el placebo y similar a otros grupos de tratamiento.

IX. CRITERIOS DE TRANSFERENCIA.

- Obstrucción de vías urinarias.
- Complicaciones derivadas de la obstrucción:
- Retención de orina aguda y/o crónica.
- Infecciones urinarias de repetición.
- Hematuria persistente o recurrente.
- Insuficiencia renal.
- Litiasis o divertículos vesicales.

ALGORITMO DE MANEJO



X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Kirby R, McConnell JD. Fisiología de la Hiperplasia benigna de la próstata. Barcelona: FastFact.J&C. Ediciones Médicas.1998.
2. Bobé Armant, Buil A, Grupo enfermo Prostático de la SCMFic. Tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. FMC 2002;9(4):290-9.
3. Kirby R, McConnell JD. Hiperplasia benigna de la próstata. 2da Ed. Oxford:1999.
4. Meigs JB, Mohr B, Barry MJ, Cos MM, McKinlay JB. Risk factors for clinical benign prostatic hyperplasia in a community-based population of health aging men. Jclin. Epidemiol. 2001; 54:935-44.
5. Revista Venezolana de Urología. Vol. 44. Jul-Dic. 1997.
6. Urología Colombiana. Octubre 1994. Vol. IV.
7. Medina JJ, Parra RV, Moore RG. Benign prostatic hyperplasia (the aging prostate). Med Clin North Am. 1999. Sep;83(5): 1213-29. Resumen.
8. Bobé-Armant. Validez diagnóstica del tacto rectal. Aten Primaria. 2006;37(1):9-15.
9. Alonso S, Jara R, Martínez S, Hernández H. Validez diagnóstica del tacto rectal en la era del antígeno específico de la próstata. Aten Primaria 2006; 37(1):9-15.
10. Bobé A, Buil A, Allué B, Vila B. Patología prostática. FMC 2005; 12(3): 11-23.
11. Carballido JA, Rodríguez J, Llano J. Hiperplasia prostática benigna y Medicina Basada en la Evidencia: su aproximación a la práctica clínica. MedClin (Barc) 2000; 114(Supl2): 96-104.
12. Postius R, Castro Díaz D. Tratamiento farmacológico de la hiperplasia benigna de próstata basado en la evidencia. Rev. Clin Esp. 1999; 58-61.
13. McConnell G, Liebre M, Logan H. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. N Eng J med 1998; 338: 557-63.