

HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA (HPB) (BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA)

* Ricardo Sánchez Gaitán

RESUMEN

El riesgo de la HPB aumenta cada año después de los 40 años, tenemos que tener en claro que la HPB es diferente al Ca. Próstata, esta última comienza en la zona periférica externa de la próstata y crece hacia afuera invadiendo el tejido circundante.

Se debe de realizar una valoración completa de Historia clínica y exploración física

En el tratamiento puede ser farmacológico o quirúrgicos, entre los primeros existen:

1. Bloqueantes
2. Fitoterapia
3. Inhibidores de 5 α -reductasa

Necesitan cirugía si los síntomas son moderados o graves con agrandamiento de la glándula prostática.

DESCRIPTORES

Próstata, cáncer, hiperplasia prostática benigna, poliuria

SUMMARY

The risk of BPH increases every year after age 40, we have to be clear that BPH is different Ca. Prostate latter begins in the outer peripheral zone of the prostate and grows out invading surrounding tissue.

It must make a full physical evaluation of clinical history and examination

In the treatment can be pharmacological or surgical, the top there:

1. Blockers
2. Phytotherapy
3. 5 α -reductase inhibitors

If the symptoms are moderate or severe and enlarged prostátic gland so they need surgery.

KEYWORDS

Prostate cancer, benign prostatic hyperplasia, polyuria

*Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED). San
José - Costa Rica

INTRODUCCION

En la actualidad una enfermedad progresiva con origen hormonal en donde la dihidrotestosterona (DTH), el cual es producto de la acción de la enzima 5-alfa-reductasa tipo 2 sobre la testosterona. El riesgo de HPB aumenta cada año

después de la edad de 40 años: la HPB está presente en el 20% de los hombres de 50 a 59 años de edad, el 60% de los hombres de 60 a 69 años de edad y el 70% de los hombres al llegar a los 70 años de edad, 90% a los 85 años. **No significa que un hombre tenga mayores o menores probabilidades de contraer cáncer de**

próstata.

TABLA 1: Características entre síntomas irritativos y síntomas obstructivos

Síntomas irritativos	Síntomas Obstructivos
Polaquiuria	Chorro miccional débil
Nicturia	Dificultad para iniciar la micción
Urgencia miccional	Chorro intermitente
Incontinencia	Sensación de vacío incompleto
	Goteo post miccional
	Retención de orina

Si buscamos alguna diferencia entre cáncer de próstata y HPB podemos decir que el cáncer de próstata comienza en la zona periférica *externa* de la próstata y crece hacia fuera, invadiendo el tejido circundante.

Por otra parte, además de estrechar la luz de la uretra proximal, también existe una alteración del tono muscular del cuello de la vejiga urinaria y del músculo liso de la próstata que puede producir un efecto irritativo

CLINICA

- Síntomas relacionados con la hiperplasia prostática benigna y definidos con el termino de síntomas del tracto urinario inferior (STUI)
- Aumento de volumen de la próstata detectado por el examen rectal digital o por US.

- Detección microscópica de la hiperplasia prostática benigna (proliferación del estroma y el epitelio)

Los síntomas pueden ser causados por la hiperactividad de detrusor muscular de la vejiga, los factores de condiciones, medicamentos, o el estilo de vida no urológicas por ello antes de dar el diagnostico debemos descartar otras causas.

Aunque fisiopatológicamente debería estar relacionado el tamaño de la próstata con los STUI, un estudio nos muestra que estos parámetros no tienen que estar necesariamente relacionados y pueden comportarse de forma independiente.

Menos del 50% de los hombres sintomáticos consultan al médico. Los principales motivos por los que no se consulta son: por considerarlos síntomas normales para la edad (70%), escepticismo sobre la eficacia del tratamiento (50%) y por miedo a la cirugía (25%)

Para poder tener una buena valoración tenemos que saber las diferencias de síntomas irritativos y síntomas obstructivos.

VALORACION

- Historia clínica completa (IPSS y calidad de vida)
- Exploración física: Tacto rectal / palpación abdominal

Historia clínica completa:

Nos permite identificar los síntomas irritativos y obstructivos los cuales son conocidos como “prostatismo”, y no son específicos de la HBP, a estos síntomas se les llama *síntomas del tracto urinario inferior* (STUI). Estos síntomas también pueden ser secundarios a otras patologías por ello

debe de tener en cuenta los diagnósticos diferenciales.

En la historia clínica debe de ir registrada la puntuación del IPSS, el cual nos orienta tanto sobre la severidad de los síntomas como sobre la repercusión en la calidad de vida y también nos permite valorar el efecto del tratamiento

Exploración física:

Es necesario realizar un tacto rectal (TR) a los hombres que consulten por síndrome prostático, nos brinda información sobre el tamaño, la forma, la existencia de nódulos, la consistencia y la sensibilidad de la próstata.

Aunque el TR es muy útil para diagnosticar un aumento del tamaño de la próstata, su papel para estimar el volumen es limitado, en un estudio en el cual compraron el tacto rectal con la ecografía trans rectal se llegó a la conclusión que esta última proporciona un mejor papel para estimar el volumen de la próstata. Palpación abdominal nos permite identificar globo vesical.

LABORATORIO Y GABINETE

PSA: Se debe de realizar, aunque los pacientes con HPB no tengan un mayor riesgo de cáncer de próstata. Pero si durante la exploración hemos encontrado un tacto rectal sospechoso de neoplasia, en ese caso sí debe solicitarse el PSA para avanzar en la confirmación diagnóstica.

Se puede tener como referencia un cuadro de valores de PSA, desacuerdo a la edad (Tabla 5)

El US Vesico-prostático y medición de orina residual nos ayuda a determinar el tamaño prostático y el volumen urinario residual, lo cual nos ayudaría a pensar en el

beneficio de un tratamiento médico o quirúrgico.

Por otro lado, nos puede ayudar a descartar litiasis en caso de infecciones urinarias a repetición o tumores en caso de hematurias persistentes

Es necesario que toda persona que ingresa para estudio de HPB debe de tener un US vesical – prostático con medición de orina residual basal .La creatinina y glucemia nos puede ayudar a excluir condiciones asociadas que aumentan el riesgo de falla al tratamiento:

Creatinina: Para evaluación de función renal

Glucemia: Para descartar Diabetes

Estas 2 pruebas se consideran necesario de acuerdo al criterio medico en casos seleccionados.

TRATAMIENTO

Disponemos de 3 tipos de fármacos para el manejo de la HBP:

1. α bloqueantes
2. inhibidores de 5 α -reductasa
3. fitoterapia.

El tratamiento combinado (α bloqueantes e inhibidores de 5 α -reductasa) reduce la progresión de la hiperplasia benigna de próstata.

Necesitan cirugía si los síntomas son moderados o graves con agrandamiento de la glándula prostática.

La cirugía mínimamente invasiva puede proporcionar beneficios comparables a la resección trans uretral de la próstata, con menos efectos adversos.

MORTALIDAD

La mortalidad y frecuencia de complicaciones serias asociadas con la HPB son bajas, se reporta en un estudio de

TABLA 2: Puntuación internacional de los síntomas prostáticos (IPSS)

	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de veces	Más de la mitad de veces	Casi siempre
1.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5
3.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
7.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5
4.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5
6.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5

TABLA 3: Puntuación IPSS total							
	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?	0	1	2	3	4	5	6

TABLA 4: Interpretación de la IPSS	
La puntuación obtenida en el IPSS se interpreta de la siguiente forma	
Sintomatología (preguntas 17)	Afectación de la calidad de vida (pregunta 8):
0-7 puntos: sintomatología leve.	0-2 puntos: ligera
8-19 puntos: sintomatología moderado	3 puntos: moderada
20-35 puntos: sintomatología severa	4-6 puntos: severa

TABLA 5: Valores normales de antígeno prostático específico (APE) de acuerdo a la edad	
Edad (años)	Límite superior normal del APE
40 a 50	2.5ng/ml
51 a 60	3.5ng/ml
61 a 70	4.5ng/ml
Mayor 70	6.5ng/ml

seguimiento a 5 años de pacientes con síntomas de tracto urinaria inferior secundario a HPB que un 16% evoluciono empeoramiento, 52% sin modificaciones, 32% mostraron mejoría.

CONCLUSIONES

- La gravedad de los síntomas generalmente progresa con el tiempo, pero rara vez es potencialmente mortal.
- Los hombres con síntomas del tracto urinario inferior, moderadas y graves identificados en un gran estudio de cohorte en Estados Unidos se revelo que estos pacientes tienen un peor estado de salud en varias dimensiones de la vida afectando grandemente la calidad de vida.
- Son muchos los factores clínicos y de estilo de vida que pueden causar o empeorar los síntomas, los cuales

- pueden ser modificados por intervenciones sencillas.
- Siempre preguntar sobre qué tan molestos son los síntomas y cómo afectan a la calidad de vida del paciente, esto es importante para considerar la posibilidad de usar tratamiento adicional.
 - La hiperplasia prostática benigna no aumenta el riesgo de cáncer de próstata, pero se asocia con mayores niveles de antígeno prostático específico
 - La mayoría de los hombres pueden ser evaluados y tratados por médicos de atención primaria según la gravedad de los síntomas.

Recepción: 10 Noviembre de 2015

Aprobación: 7 Diciembre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

- Brown CT1, O'Flynn E, Van Der Meulen J, Newman S, Mundy AR, Emberton M. (enero de 2003). PubMed. Re do el 31 de octubre de 2014, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12614245?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pub med_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=1
- CENETEC, Centro Nacional de Excelencia tecnologica en Salud. (2009). Guia Diagnóstico y tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna. Centro Nacional de Excelencia tecnologica en Salud.
- ChicharroMolero, B.-R. R.-C.-S.-C.-V. (marzo de 1998). PubMed. (U. N. Health, Ed.) Recuperado el 30 de octubre de 2014, de
- Brown CT1, O'Flynn E, Van Der Meulen J, Newman S, Mundy AR, Emberton M. (enero de 2003). PubMed. Re do el 31 de octubre de 2014, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12614245?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pub med_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=1
- CENETEC, Centro Nacional de Excelencia tecnologica en Salud. (2009). Guia Diagnóstico y tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna. Centro Nacional de Excelencia tecnologica en Salud.
- ChicharroMolero, B.-R. R.-C.-S.-C.-V. (marzo de 1998). PubMed. (U. N. Health, Ed.) Recuperado el 30 de octubre de 2014, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9474174?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pub med_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=2
- Loeb S1, Han M, Roehl KA, Antenor JA, Catalona WJ. (enero de 2005). PubMed. Recuperado el octubre de 2014, de http://www.ncbi.nlm.nih.go: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15592029?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pub med_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=9
- Ministry of health new zealand. (2008). <http://www.health.govt.nz>. Recuperado el 30 de Octubre de 2014, de
- http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/prostate_practitioner_show_card.pdf
- Patrick C. Walsh and J. Farrar Worthington. (2007). Guide to Surviving Prostate Cancer (second edition ed.).
- PFC, Prostate Cancer fundation. (s.f.). <http://www.pcf.org>. Recuperado el 20 de noviembre de 2014, de

http://www.pcf.org/site/c.leJRIROrEpH/b.8586063/k.FD0C/Hiperplasia_prost225tica_benign_a_HP.B.htm

- Spatafora S, Conti G, Perachino M, Casarico A, Mazzi G, Papagayo LP. (23 de julio de 2007). PubMed. (U. N. Health, Ed.) Recuperado el 16 de noviembre de 2014, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17588302?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=1
- Timothy J Wilt. (17 de enero de 2008). <http://www.bmj.com>. Recuperado el 30 de octubre de 2014, de <http://www.bmj.com/content/336/7636/146>
- Timothy J Wilt, James N'Dow. (24 de enero de 2008). <http://www.bmj.com>. Recuperado el 31 de octubre de 2014, de <http://www.bmj.com/content/336/7637/206>
- Welch G1, Weinger K, Barry MJ. (febrero de 2002). PubMed. Recuperado el 30 de octubre de 2014, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11834396?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=1 Cupera