

Hipertrofia Benigna de Próstata

Dr Richard Ccente Quijano
Especialista en Medicina Familiar y comunitaria
Centro de Salud Tomelloso I
Gerencia Atención integrada Tomelloso .

Introduccion

La hipertrofia benigna de próstata (HBP) es un crecimiento no canceroso de la próstata que ocurre comúnmente en hombres mayores, debido a cambios hormonales asociados con el envejecimiento. Este agrandamiento de la glándula puede comprimir la uretra y afectar la salida de la orina, generando síntomas que afectan la calidad de vida del paciente, llamados STUI

1. Epidemiología y Factores de Riesgo

Predominante en hombres mayores de 50 años.

Factores de riesgo incluyen edad avanzada, antecedentes familiares de HBP, obesidad, hipertensión y sedentarismo ,S_M.

2.-Causas más frecuentes de STUI -varón .

-HBP.

-Vejiga Hiperactiva (VH).

-Poliuria Nocturna .

-Infeccion del tracto urinario .

-Prostatis .

- Detrusor hipoactivo.

-Tumor de vejiga .

-Litiasis uretral .

-Estenosis Uretral .

-Disfunción neurógena vesical.

-Cuerpo extraño

-otras : Sd metabólico,Diabetes Mellitus

2. Manifestaciones Clínicas síntomas del tracto urinario inferior

Llenado

- Urgencia
- Nocturia
- Polaquiuria
- Incontinencia

De vaciado -miccionales

- Chorro débil
- Micción en regadera
- Chorro intermitente
- Retardo miccional
- Esfuerzo miccional
- Goteo terminal

Postmiccionales

- Sensación de vaciado incompleto
- Goteo Post miccional

3.-Evaluación diagnóstica

obligatorias :

Historia clínica completa y exploración física (incluye examen rectal digital para evaluar tamaño, superficie ,consistencia y sensibilidad de la próstata).urianalisis .

Recomendadas :

Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS): cuestionario para evaluar la severidad de los síntomas y el impacto en la calidad de vida.

-Antígeno prostático específico (PSA) para descartar cáncer de próstata.

Examen general de orina para identificar infecciones o hematuria.RPM

Estudios adicionales:

Ultrasonido abdominal o transrectal para medir tamaño prostático y volumen residual posmiccional.

Flujometría urinaria en casos necesarios para evaluar la obstrucción urinaria.

No recomendadas: citología, cistoscopia, Eco transrectal, Urografía intravenosa, TAC, RMN transrectal

ANAMNESIS:

MC, AP QX y evolución. Fármacos: Diuréticos antimuscarínicos, calcioantagonistas, ansiolíticos, simpaticomiméticos, antihistamínicos, antidepresivos, benzodiazepinas y los opiáceos.

Evaluar enfermedades sistémicas: DM (polaquiuria), IC (nocturia) vejiga neurogénica (E Parkinson, E múltiple, ACV, Lesiones medulares, etc).

Hábitos higiénico dietéticos: consumo excesivo de líquidos, cafeína, alcohol, tabaco

Disfunción eréctil y antecedentes de ETS

MOTIVOS DE DERIVACION DESPUES DE LA ANAMNESIS

- 1-Edad inferior a a 50 años .
- 2.-antecedente de cirugia pelvica .
- 3.-ETS que afecten uretra .
- 4.-instrumentación Uretral previa con antecedentes o posibilidad de estenosis .
- 5.-Traumatismos Uretrales .
- 6.-DM mal controlada con neuropatía y afectación vesical .
- 7.-Enfermedades neurologicas (Enfermedad de Parkinson ,EM,ACV,lesiones medulares ,etc .)

Cuestionario IPPS(Internacional Prostate Symptoms Score). USA 1992.

Leve -0-7 , Moderado 8-19, Graves : 20-35

IPPS >8 X 3 RAO. Progresión clinica de HPB se asocia con empeoramiento de los síntomas (>, 4 puntos del IPSS)

TACTO rectal

-Hipertrofia

Prostatitis

Cáncer

Fibroelástica

Elastica

Pétrea

Lisa y regular

Lisa y regular

irregular

Móvil

Tamaño prostático > 40cc aparicion de complicaciones RAO

ESCALA SHIM DE .

Preguntas	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Más de la mitad de las 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 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 2 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	
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	
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces	
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	
Puntuación IPSS total							
Calidad de vida	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Total
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

entre 4 y 10 ng/
ml para cáncer

entran cifras de
PSA aumentado.

En cifras de PSA
altas en jóvenes⁽²²⁾.

PSA va a depen-
der de^(13,14) (Fig. 2).

Un valor > 4 ng/ml

debe hacer pensar
en otras causas
de hiperplasia
benigna de la próstata,
infecciones urinarias,
masaje pros-

tección a la remisión
de la hiperplasia
benigna guiada por

El médico aconseja recu-
erir la sensibilidad
de la ecografía pros-
tática^(13,14).

La determinación de PSA
se realiza en el
contexto de un
paciente con
síntomas de HBP. Un cociente
de PSA libre/PSA total
debe ser inferior a 0,2. En el
contexto de un paciente con
síntomas de HBP, la ecografía
de la próstata debe ser
guiada por el PSA.

En pacientes con
síntomas de HBP,
la ecografía de la
próstata será el

UROANALISIS

Hematuria ..HPB, neoplasias ,Ca vesical .

PSA : marcador de tejido prostático no de cancer .

PSA > 4 ng/ml : Marcador de riesgo de progresión y complicación de HPB

PSA >1,4 x3 RAO.

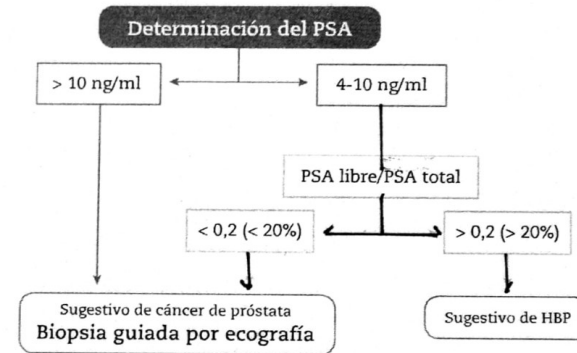


Figura 2 - Actitud según valores de PSA (Adaptado de citas 13, 14)

Tabla 6 - Indicaciones de ecografía abdominal^(13,14)

- Sospecha de residuo posmiccional patológico
- Sospecha de uropatía obstructiva
- Sospecha de patología neuropática
- Sintomatología grave
- Macrohematuria o microhematuria
- Globo vesical
- Antecedentes de urolitiasis

TRATAMIENTO

- EN PACIENTES MODERADOS A GRAVES SIN INDICACIÓN DE CIRUGIA
- AGENTES FITOTERAPICOS
- BLOQUEANTES DE RECEPTORES ALFA 1 ADRENERGICOS(AB).
- INHIBIDORES DE LA 5 ALFA REDUCTASA .(5-ARI)
- INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA(IPDE-5)
- ANTIMUSCARINICOS
- TERAPIA COMBINADA .AB Y 5ARIs AB asociado a AM.

BLOQUEANTES DE RECEPTORES ALFA 1 ADRENERGICOS(AB)

- MEJORAN OBSTRUCCIÓN AL DISMINUIR EL TONO SIMPÁTICO DEL MUSCULO LISO ,NO MODIFICAN TAMAÑO. ACCION 4 SEMANA .
- PRODUCEN HIPOTENSION .MEJORES ALFUZOSINA ,TERAZOCINA Y TAMSULOSINA
- SE PUEDEN ASOCIAR .
- RIESGO DE CIRUGIA DE CATARAT A , IRIS FLACIDO
- TRASTORNOS DE LA EYACULACION

INHIBIDORES DE LA 5 ALFA REDUCTASA .(5-ARI)

- Testosterona en DHT(favorece la proliferación estromal prostática).
- Disminuyen el volumen prostático y mejoran obstrucción
- Prostatas mayores de 40cc moderada grave se favorecen
- Efectos en 6-12 meses.
- Dutasterida **y finasterida similar efecto
- Efectos:disminución libido eyaculación y disfunción erectil

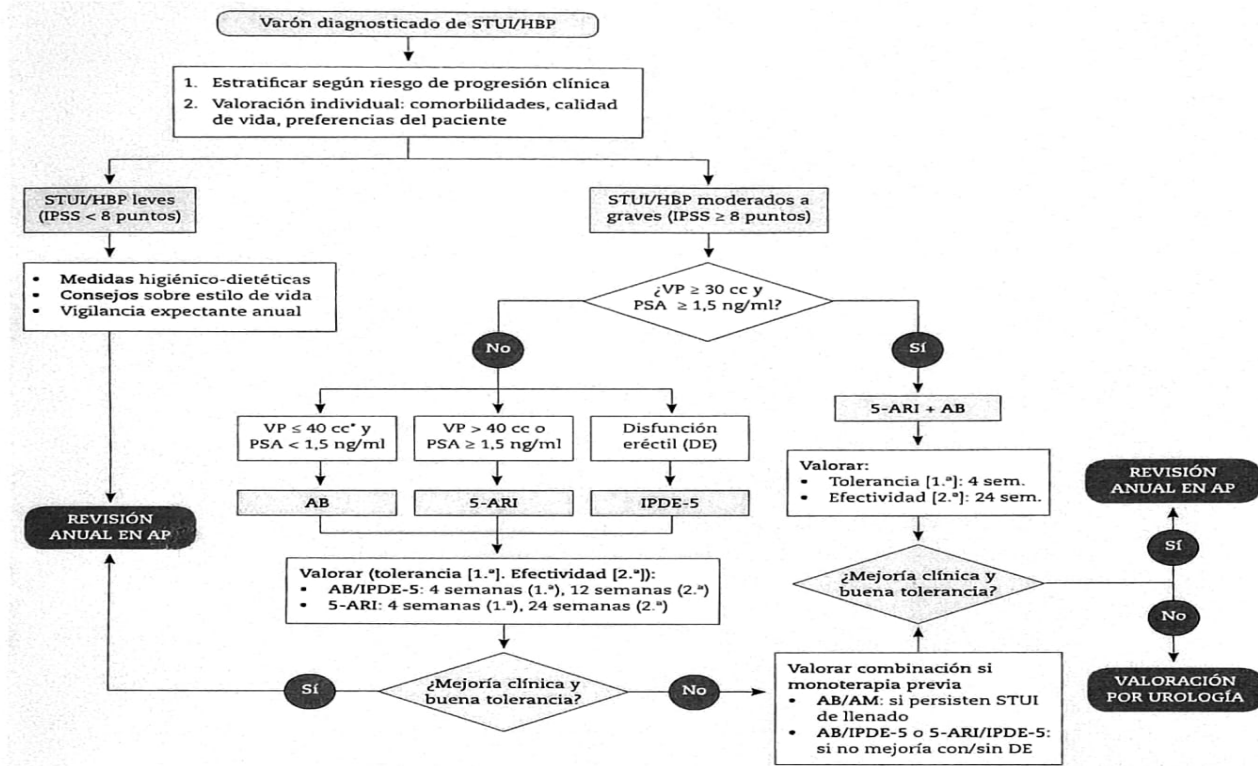
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA(IPDE-5)

- Eficacia limitada .
- Uso en DE y síntomas leves moderados .IPPS menor de 20
- Tadalafilo unico . No usar con aclaramiento menor de 30ml/min.
- Contraindicado: hipotension grave ,IAM ,uso de nitratos IR grave

ANTIMUSCARINICOS

- Uso con sintomas irritativos o llenado (polaquiuria ,urgencia,incontinencia) vejiga hiperactiva .
- No usar si el residuo miccional esta elevado .
- Tolterodina,oxibutina,solifenacina,fesotiroidna .
- EII: boca seca,vision borrosa ,taquicardia ,somnolencia ,estreñimiento .

TERAPIA COMBINADA .AB Y 5ARIs AB asociado a AM.



*Dutasteride ha demostrado su eficacia a partir de VP > 30 cc y Finasteride a partir de 40 cc. STUI/HBP: síntomas del tracto urinario relacionado con la HBP. STUI: síntomas del tracto urinario inferior; HBP: hiperplasia prostática benigna; IPSS: Índice Internacional de Síntomas Prostáticos; PSA: antígeno prostático específico; AB: bloqueantes de los receptores alfa-1-adrenérgicos; AM: antimuscarínicos; IPDE-5: inhibidores de la fosfodiesterasa 5; 5-ARI: inhibidores de la 5-alfa-reductasa.

Algoritmo de tratamiento – Manejo terapéutico de los STUI relacionados con HBP

GRACIAS