

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

(Texto actualizado en marzo de 2005)

M. Oelke (Presidente), G. Alivizatos, M. Emberton,
S. Gravas, S. Madersbacher, M. Michel, J. Nording,
C. Rioja Sanz, J. de la Rosette

Antecedentes

La hiperplasia prostática benigna o adenoma de próstata es una de las enfermedades benignas más comunes en el hombre y puede derivar en una hipertrofia benigna de la próstata, en una obstrucción benigna de la próstata y/o en síntomas del tracto urinario inferior (STUI). Estos síntomas pueden ser bastante molestos hasta en el 30% de los hombres mayores de 65 años. La etiología de esta enfermedad es multifactorial y los factores reales asociados a su desarrollo son la edad, el antígeno específico prostático (PSA) y el volumen de la próstata. Estos factores específicos de riesgo pueden identificar al grupo de pacientes con un riesgo aumentado de progresión y en los conviene iniciar un tratamiento precoz. A medida que aumentan la edad y la intensidad de los síntomas clínicos iniciales, aumenta la necesidad de recurrir a la cirugía. Los síntomas de mayor valor predictivo parecen ser la nicturia y los cambios en el chorro de orina.

Evaluación de los varones con hiperplasia prostática benigna

Estas recomendaciones se aplican sólo a varones mayores de 50 años sin riesgo significativo de presentar síntomas en el

tracto urinario inferior de origen distinto al asociado al adenoma de próstata. Generalmente, los varones con enfermedades neurológicas concomitantes, más jóvenes, con patología previa en el tracto urinario inferior o que han sido operados suelen requerir un examen más exhaustivo. Cuanto más precoz y más exacto el diagnóstico del adenoma de próstata, mejores serán los resultados del tratamiento y la elección del mismo. Las pruebas diagnósticas se dividen en tres categorías (Tabla I):

1. **Recomendadas:** su utilización está avalada por la evidencia, por lo que estas pruebas deberían efectuarse a todos los pacientes con adenoma de próstata.

- **Anamnesis:** es necesaria para identificar causas de STUI distintas del adenoma de próstata.
- **Puntuación de síntomas:** se deben evaluar los síntomas, porque contribuyen a determinar el tratamiento y a controlar la respuesta. Se recomienda el cuestionario baremo internacional de la sintomatología prostática (IPSS) por su amplio uso y distribución.
- **Exploración física:** se requiere como mínimo el tacto rectal y un examen neurológico básico. Con el tacto rectal se puede estimar el tamaño de la próstata e identificar otras patologías prostáticas.
- **Antígeno específico prostático:** además de utilizarse para diagnosticar el cáncer de próstata, el PSA (como parámetro sugestivo del volumen de la próstata), sirve para evaluar el riesgo de retención urinaria aguda y la necesidad de cirugía prostática.
- **Niveles de creatinina:** el adenoma de próstata puede causar dilatación del tracto urinario superior e insuficiencia renal,

aunque este riesgo se ha sobreestimado en el pasado. Para evaluar la función del tracto urinario superior se requiere, como mínimo, una determinación de los niveles de creatinina o, como alternativa, una ecografía renal.

- Análisis de orina: se deben excluir las causas de STUI distintas del adenoma de próstata (por ejemplo, infección de las vías urinarias inferiores o cáncer de vejiga).
 - Flujometría urinaria: puede detectar una micción anormal. Para obtener una prueba de flujo representativa se recomiendan dos o más flujos de un volumen miccional igual o mayor de 150 ml.
 - El residuo postmiccional indica disfunción de la vejiga urinaria. Se deberían realizar dos mediciones o más, preferiblemente mediante ecografía. Los grandes volúmenes de orina residual (más de 200 ml) predicen un resultado poco favorable del tratamiento.
2. **Optativas:** son pruebas que no son esenciales para realizar el diagnóstico o la evaluación inicial, pero que pueden ayudar en el proceso de toma de decisiones.
- Estudio de presión-flujo: es la única prueba que puede distinguir entre obstrucción al flujo vesical y afectación contráctil del músculo detrusor. Debería realizarse antes de la cirugía en las circunstancias siguientes:
 - Volumen de micción menor de 150 ml en mediciones flujométricas repetidas de la orina.
 - Q_{\max} de la flujometría urinaria libre mayor de 15 ml/s.
 - Síntomas del tracto urinario inferior en varones mayores de 80 años.
 - Residuo postmiccional superior a 300 ml.

- Sospecha de disfunción neurógena de la vejiga.
 - Después de cirugía pélvica radical.
 - Después de terapia fallida del adenoma prostático invasivo.
- Endoscopia: antes de proceder a la cirugía (mínimamente invasiva) se recomienda realizar una uretrocistoscopia para evaluar la forma y el tamaño de la próstata, lo cual puede influir en la modalidad de tratamiento posterior. Además, la uretrocistoscopia sirve para descartar otras patologías del tracto urinario inferior en hombres con antecedentes de hematuria, estenosis uretral, cáncer de vejiga o cirugía del tracto urinario inferior.
 - Técnicas de imagen del tracto urinario: debería hacerse una ecografía preferiblemente a todos los varones a quienes no se les haya hecho un análisis de creatinina. Además de diagnosticar la dilatación del tracto urinario superior, la ecografía puede identificar tumores renales, evaluar la vejiga, y medir el residuo postmiccional y el volumen de la próstata. Antes de proceder al tratamiento farmacológico con inhibidores de la 5 α -reductasa o al tratamiento mínimamente invasivo para elegir el procedimiento quirúrgico (incisión transuretral de próstata, resección transuretral de próstata o prostatectomía abierta) se debería realizar una ecografía transabdominal o transrectal (preferentemente) que determine el tamaño y la forma de la próstata.
 - Registro miccional: para obtener información objetiva de la frecuencia y volumen de la micción suele ser suficiente un registro de 24 horas.
3. **Desaconsejadas:** no hay evidencia que respalde la utilización de estas pruebas en la elaboración del diagnóstico

para el paciente medio. Se trata de la urografía excretora, la cistometría de llenado, la uretrografía retrógrada, la TC y la resonancia magnética.

Tratamiento de la hiperplasia prostática benigna

El objetivo del tratamiento es mejorar los STUI y la calidad de vida del paciente, así como prevenir complicaciones asociadas a la hiperplasia prostática benigna.

1. **Espera vigilante:** recomendable en pacientes con síntomas leves o con síntomas moderados a graves que no influyan o influyan poco en su calidad de vida. Para optimizar esta espera se recomienda transmitir confianza al paciente, informarle, controlarle periódicamente e introducir modificaciones en su estilo de vida.
2. **Tratamiento farmacológico:**
 - Los α -bloqueantes son una modalidad de tratamiento para pacientes con STUI moderados a graves. Todos los α -bloqueantes (alfuzosina, doxazosina, tamsusolina y terazosina) tienen una eficacia clínica similar, aunque el perfil de los efectos secundarios parece decantarse a favor de la alfuzosina y la tamsusolina.
 - Los inhibidores de la 5 α -reductasa (finasterida o dutasterida) son una modalidad de tratamiento para pacientes con STUI moderados a graves y próstata hipertrófica benigna (mayor de 30-40 ml). Ambos fármacos reducen el volumen de la próstata en un 20-30% y parecen tener la misma eficacia clínica. Los inhibidores de la 5 α -reductasa pueden impedir la progresión del adenoma prostático. Otros temas (como la medicación a largo plazo, efectos secundarios,

coste y/o cáncer de próstata) se deberían abordar directamente con el paciente.

- La terapia combinada de un α -bloqueante con un inhibidor. De la 5 α -reductasa parece ser más beneficiosa y duradera que la monoterapia con esas mismas sustancias. Los datos referidos a la terapia combinada se limitan a los resultados del ensayo MTOPS (Medical Therapy of Prostate Symptoms), que estudió la finasteride y la doxazosina.
- Los extractos de plantas no pueden recomendarse aún para el tratamiento de los síntomas en el tracto urinario inferior en los pacientes con adenoma prostático. Estos fármacos han de ser valorados por ensayos de larga duración, aleatorizados y controlados con placebo.

3. Tratamiento quirúrgico:

- Las modalidades de tratamiento de primera línea son: la incisión transuretral de la próstata en próstatas menores de 30 ml y sin lóbulo medio; la resección transuretral de la próstata en próstatas de 30-80 ml, y la prostatectomía abierta en próstatas mayores de 80 ml. Se debe optar por la cirugía en los pacientes que:
 - No mejoren con el tratamiento farmacológico.
 - No deseen tratamiento farmacológico, sino tratamiento activo.
 - Presenten una clara indicación quirúrgica (retención urinaria resistente al tratamiento, insuficiencia renal por adenoma prostático, cálculos en la vejiga, infección urinaria recidivante, hematuria recidivante resistente a los inhibidores de la 5 α -reductasa).
- Una alternativa a la resección transuretral de próstata es la electrovaporización transuretral, especialmente para

pacientes de alto riesgo con próstata pequeña.

- Los tratamientos con láser (como la ablación visual de próstata con láser [VLAP], el láser de coagulación intersticial [ILC] o la enucleación con láser de holmio) generalmente están indicadas en pacientes de alto riesgo que requieren tratamiento por adenoma prostático invasivo. La enucleación con láser de holmio es una alternativa a la resección transuretral de próstata y a la prostatectomía abierta, cualquiera que sea la configuración anatómica.
 - La terapia transuretral mediante microondas se debería reservar a pacientes que prefieran evitar la cirugía, que ya no respondan a la medicación o que no deseen medicarse a largo plazo. También se aconseja en pacientes de alto riesgo con retención urinaria recidivante.
 - La ablación transuretral de próstata con aguja está indicada en pacientes de alto riesgo no tributarios de cirugía.
4. **Endoprótesis prostáticas:** sólo están indicadas en pacientes de alto riesgo con retención urinaria recidivante y como alternativa a la cateterización, o en pacientes que no sean tributarios de otros tipos de cirugía. Las complicaciones son frecuentes: incrustación, infección urinaria o dolor crónico.
 5. **Técnicas emergentes:** el ultrasonido focal de alta intensidad, la quimioablación de la próstata, la termoterapia inducida por agua y el uso de solución salina (PlasmaKinetic®) sólo se deben utilizar en ensayos clínicos.
 6. **Técnicas obsoletas:** la dilatación con balón y la hipertermia transrectal/transuretral ya no se recomiendan en el trata-

miento de la hiperplasia prostática benigna.

Seguimiento

Todos los pacientes tratados por hiperplasia prostática benigna necesitan seguimiento (comprendida la espera vigilante). Las pautas de seguimiento dependen del tipo de tratamiento administrado. La Tabla 2 sugiere tales pautas.

Tabla 1: Evaluación de varones con hipertrofia prostática benigna

Recomendado	Optativo	Desaconsejado
Anamnesis	Estudio de presión	Urografía excretora
Puntuación de síntomas	de flujo	Cistometría de llenado
Exploración física	Endoscopia	Uretrograma retrógrado
Determinación del PSA y creatinina	Técnica de imagen urinaria	TC
Análisis de orina	Diario miccional	RM
Flujometría urinaria		
Residuo postmiccional		

Tabla 2: Pruebas de seguimiento recomendadas después de recibir tratamiento para la hipertrofia prostática benigna

Modalidad de tratamiento	Primer año después del tratamiento			Posteriormente, una vez por año
	6 semanas	12 semanas	6 meses	
Espera expectante	-	-	+	+
Inhibidores de la 5 a-reductasa	-	+	+	+
α -bloqueantes	+	-	+	+
Cirugía o tratamiento mínimamente invasivo	+	+	+	+

Este folleto resumido se basa en las directrices más exhaustivas de la EAU (90-70244-17-5), disponibles para todos los miembros de la Asociación Europea de Urología en su página de Internet, <http://www.uroweb.org>.