

HIPERPLASIA PROSTATICA (HPB)

DR. ALFONSO DE SILVA GUTIERREZ

DEFINICION:

Crecimiento o aumento de volumen de la glándula prostática de características benignas que se presenta desde la pubertad y se acelera con el paso de los años, siendo este mayor a partir de la quinta década de la vida.



La hipertrofia (aumento de volumen de la glándula prostática) es secundaria a una Hiperplasia de sus células a nivel de estroma músculo y glándulas de ahí que pueda utilizarse como sinónimo dichas palabras.

EPIDEMIOLOGIA:

No se cuentan con datos estadísticos de su prevalencia en la población Mexicana, sin embargo, sabemos que inicia su desarrollo después de los 40 años de edad y que el 90% de los hombres mayores de 70 años presentarán algún síntoma



desencadenado por ésta. En los Estados Unidos de América se estima se realizan mas de 400,000 procedimientos quirúrgicos al año, siendo la primer causa de cirugías en Hombres mayores de 50 años.

FACTORES DE RIESGO:



El ser mayor de 40 años, el tener próstata y el tener testículos que generen los estímulos androgénicos y estrogénicos son los factores predisponentes del desarrollo de la HPB.

CUADRO CLINICO:

La sintomatología urinaria se conoce con el nombre de “prostatismo” y se caracteriza por el conjunto de síntomas agrupados en dos síndromes, el síndrome urinario irritativo bajo (SUIB) y el síndrome urinario obstructivo bajo (SOUB)

SINDROME URINARIO IRRITATIVO BAJO: Polaquiuria, urgencia, ardor, tenesmo, aumento de la frecuencia, sensación de vaciamiento vesical incompleto

SINDROME URINARIO OBSTRUCTIVO BAJO: Disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario, goteo, intermitencia, pujo retención urinaria.

Estos síndromes pueden evaluarse por medio de el score del IPSS (escala internacional de síntomas prostáticos en el que se realizan 7 preguntas con puntaje del 0 al 5 haciendo un total de 35 puntos para la sintomatología mas severa.

SCORE IPSS

IPSS (International Prostate Symptom Score)

	Ninguna	Menos de 1 vez 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
Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar su vejiga por completo tras realizar la micción?	0	1	2	3	4	5
Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar antes de las dos horas de haber realizado la última micción?	0	1	2	3	4	5
Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha parado de orinar y empezado de nuevo durante la micción?	0	1	2	3	4	5
Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha observado presentar un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5
Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que "esforzarse" o "apretar" para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
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

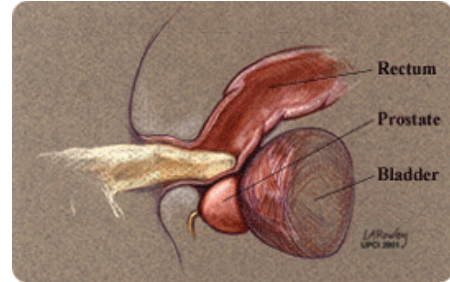
QoL (calidad de vida de los síntomas prostáticos)

	Si tuviera que pasar el resto de su vida orinando en la misma forma en que lo hace actualmente, ¿cómo se sentiría?
Encantado	0
Aceptable	1
Bastante satisfecho	2
Igual de satisfecho que de insatisfecho	3
Bastante insatisfecho	4
Desgraciado	5
Terrible	6

35 es el valor de mayor severidad de síntomas urinarios

EXPLORACION FISICA:

TACTO RECTAL: Es el método de exploración para evaluar la próstata, durante el mismo se determinan las características de la próstata así como su grado de crecimiento.



A la próstata se le estudia: tamaño, forma, consistencia, superficie, temperatura, la presencia de surco medio y los bordes laterales, su movilidad, si es dolorosa a la palpación.

La hiperplasia prostática se manifiesta al tacto como la sensación de palpar la punta de la nariz o la región tenar de la mano.

Los Grados de Crecimiento detectados por tacto rectal tienen que ver con el volumen de la misma y se clasifican en:

GRADO I: próstata con base enganchable surco medio presente.

GRADO II: próstata con base palpable mas no enganchable y con surco medio semiborrado.

Grado III: próstata en la que No se palpa la base y el surco medio se encuentra borrado.

DIAGNOSTICO PARA HPB:

El diagnóstico se basa en el interrogatorio positivo a los datos de prostatismo, el Tacto Rectal y la realización de Antígeno Prostático Específico (APE).

De manera adicional podemos realizar un USG renal y vesico-prostático por vía abdominal para evaluar de manera integral toda la vía urinaria. De igual forma, podemos realizar una Química Sanguínea y el Examen



General de Orina con el mismo fin, haciendo la aclaración que nos dará una idea integral de la condición de la vía urinaria así como de las condiciones urológicas de nuestro paciente pero que NO son estrictamente necesarios para realizar diagnóstico de la patología en cuestión.



Ultrasonido Transrectal de Próstata



1.- Estudios de extensión para la evaluación de HPB o en apoyo a evaluación de posibles diagnósticos diferenciales:

Laboratorio:

Biometría Hemática.
Q. Sanguínea
Examen General de Orina
Urocultivo.

Gabinete:

Ultrasonido Transrectal de próstata
Urografía Excretora
Placa simple de abdomen
Uro-Tomografía.



Endoscópicos:

Cistoscopia.



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial se realizara contra todo aquello que cause uropatía obstructiva baja como sería:

Cáncer de Próstata
Prostatitis Absceso prostático
Litiasis prostática
Litiasis Vesical
Tumores Vesicales
Disectasia de Cuello de Vejiga
Estenosis de Uretra.
etc

TRATAMIENTO:

MEDICO NO QUIRURGICO:

MEDICAMENTOS: Alfabloqueadores Uroselectivos: Alfuzocina 10 mgr /dia
Tamsulosina 0.4 mgr/dia



Inhibidores de 5 alfareductasa Dutasteride 0.5 mg/dia
Finasteride 5 mgr/dia

Fitoterapia Serenoa Repens 1c/12 hrs
Palmitum Afric 1c/12 hrs

PROCEDIMIENTOS:

Dilatación con balón
Dispositivos intrauretrales (estens)
Termoterapia
TUNA
Alcoholización de la próstata
Sonda transuretral a derivación

Los procedimientos antes mencionados, se consideran una alternativa para aquellos pacientes que presentan alguna contraindicación quirúrgica y caen en retención urinaria



QUIRURGICOS:

ENDOSCOPICOS:



- Resección transuretral
- Vaporización prostática
- Ablación Laser
- Incisión transuretral

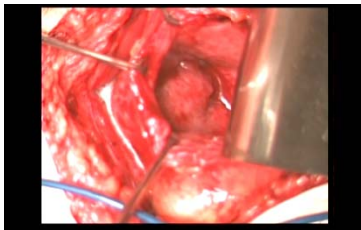


LAPAROSCOPICOS:

- Adenomectomía Laparoscópica

ABIERTA:

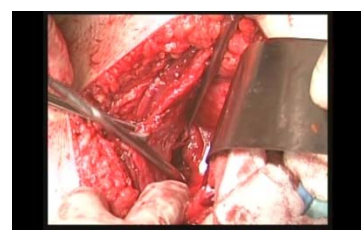
- Adenomectomía transvesical
- Adenomectomía Retropubica
- Adenomectomía Perineal.



Adenoma intravesical



Enucleación del adenoma



Lóbulo Prostático

FLUJOGRAMA DE HPB

