HIPERPLASIA BENIGNA PROSTÁTICA

Autor Dr. Eibis Matos Lovaina

Servuicio Urología

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es el tumor benigno mas frecuente en los hombres mayores de 50 años, y la responsable de la aparición de síntomas urinarios bajos. Se origina en el tejido peri prostático y se caracteriza por nódulos hiperplásicos a predominio fibromuscular en el estroma, o nódulos mixtos fibroadenomatosos (glandulares).

Su etiología aun no esta clara. Varias hipótesis se han planteado con base en cambios histológicos, hormonales y los relacionados con la edad. Se requieren dos factores para su aparición: la presencia de dihidrotestosterona y el envejecimiento.

Durante años ha sido estudiada y tratada de acuerdo a sus aspectos clínicos, morfológicos y anatomopatológicos, pero desde que *Abrams* en 1979 mostró la mejoría de los parámetros uroflujométricos en los pacientes operados de HBP, en los últimos años han aparecido numerosas comunicaciones en relación con las investigaciones urodinámicas donde se precisan los cambios fisiopatológicos ocurridos en las obstrucciones vesicales por esta enfermedad.

Los efectos mecánicos de la obstrucción se caracterizan por:

- Flujo urinario disminuido
- Micción prolongada
- Presión del detrusor aumentada

Sus efectos secundarios están representados por:

- Hipertrofia de la pared muscular vesical
- Disminución del poder contráctil del detrusor
- Orina residual
- Inestabilidad vesical

Mediante los estudios uroflujométricos se ha observado aumento en la presión intravesical y la aparición de vejigas inestables en la HBP, mejorando estas alteraciones después de la operación.

Así mismo, los test urodinámicos han permitido conocer y entender los cambios fisiopatológicos que ocurren en el músculo detrusor con el envejecimiento, responsable de la aparición de síntomas urinarios bajos en personas ancianas y que no tienen nada que ver con obstrucción de causa prostática. Igualmente, estos estudios juegan un papel importante en aquellos pacientes en los que los

síntomas clínicos son confusos y los hallazgos del examen físico no corresponden totalmente al diagnostico de obstrucción del cuello vesical por HBP.

Los criterios para decidir el tratamiento quirúrgico de esta entidad son variables y en ocasiones controvertidos, sobre todo cuando se valora la morbi mortalidad de la intervención por los riesgos de la misma. La participación del enfermo es algo de vital importancia ante la decisión de cualquier terapéutica pues, además de asumir el riesgo, es quien evalúa el costo/ beneficio y la calidad de vida alcanzada por el tratamiento recibido.

Los objetivos del proceder quirúrgico son revertir y eliminar los efectos fisiológicos significantes de la obstrucción del cuello vesical y, por ende, mejorar o solucionar las complicaciones ya establecidas; por ejemplo, repercusión sobre el *tractus* urinario superior, formación de litiasis, infección, sangramientos; en igual sentido, facilita mejorar la calidad de vida del paciente al permitirle una micción adecuada, a intervalos regulares, con un chorro urinario satisfactorio, mientras mantiene un buen control miccional. Debe ser elegido el abordaje terapéutico que permita estos objetivos sean alcanzados con el menor riesgo de morbilidad e incapacidad.

Las condiciones generales del paciente, la forma y el volumen del tejido prostático obstructivo, las habilidades del cirujano y las preferencias del enfermo son factores que necesitan una consideración cuidadosa cuando es planteada la llamada prostatectomia.

OBJETIVOS

- Analizar el tratamiento mas adecuado para cada paciente entre los propuestos por este protocolo.
- Evaluar los resultados obtenidos con la aplicación del tratamiento seleccionado.
- Evaluar y analizar las complicaciones derivadas del proceder quirúrgico
- Imponer profilaxis peri operatoria a los casos que lo requieran con vistas a prevenir infecciones y disminuir los costos hospitalarios.
- Disminuir estadía pre operatoria, y por ende los costos, al ingresar los enfermos con HBP tributarios de tratamiento quirúrgico con los estudios indispensables y valoración correcta, listos a ser operados.
- Evaluar la calidad de vida antes y después de ser utilizada esta técnica

DESARROLLO

Los pacientes que ingresen al servicio de urología portadores de HBP sintomática serán atendidos por los especialistas del servicio, quienes los valoraran para decidir su tratamiento teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Síntomas clínicos.
- Examen físico general y prostático por tacto rectal.

- Ultrasonido vésico-prostático y renal en busca de: volumen prostático, presencia de litiasis vesical, divertículos vesicales o presencia de signos indirectos de obstrucción (engrosamiento de la pared vesical y repercusión sobre el *tractus* urinario superior).
- Creatinina en sangre para ver el estado de la función renal.
- Pruebas urodinámicas: para precisar signos objetivos de obstrucción:
  - Flujo máximo urinario: Debe estar disminuido (<10 mL/seg)
  - Si es entre 10 y 15 mL/seg, Puede o no existir una obstrucción
  - Si >15 mL/seg Por lo general no hay obstrucción
- Cistometría: además de ser útil para descartar una disfunción vesical ajena a la HBP, sirve para documentar la presencia de inestabilidad del detrusor en la obstrucción:
  - Adaptabilidad vesical disminuida
  - Detrusor hiperactivo (presión intra vesical aumentada)
  - Detrusor descompensado y orina residual.
- Urograma excretor: solo en caso que concomite una hematuria.
- Uretrocistoscopia: si hematuria o para precisar patologías asociadas o en casos que se necesite definir la vía quirúrgica. No sirve para hacer diagnostico de obstrucción en la HBP.

Vía de abordaje para el tratamiento quirúrgico

- ***Prostatectomía retropúbica***: en los casos que el volumen prostático sea > 60 mL, y el tacto rectal sugiriera una próstata grande (Grado III-IV) o que concomite una patología vesical como divertículo vesical grande.
- ***Reseccion transuretral (RTU):*** en los que el volumen prostático sea menor a 60 mL o que la HBP sea a expensas del lóbulo medio., o que el tacto rectal sugiriera una próstata pequeña (Grado I-II).
- ***Vía perineal:*** para casos excepcionales con próstata grande y la imposibilidad de un abordaje suprapúbico. Este acceso no es norma del servicio por la alta probabilidad de incontinencia postoperatoria.

Si en los estudios diagnósticos de algún enfermo se detectara signos de repercusión sobre el *tractus* urinario superior (uretero hidronefrosis), con cifras de creatinina elevada, se impondrá sonda permanente por espacio de 1 a 3 meses y se diferirá el tratamiento quirúrgico hasta que se estabilice el TUS.

Los pacientes con síntomas leves, sin otras causas que justifiquen el tratamiento quirúrgico, como hematuria importante, serán tributarios de tratamiento conservador, así como los que presenten un alto riesgo quirúrgico que ponga en riesgo su vida.

Profilaxis perioperatoria.

Se realizara en aquellos casos que la HBP concomite con:

- Diabetes mellitus
- Litiasis vesical
- Sonda uretra vesical permanente

EVALUACIÓN Y CONTROL

Indicadores de estructura		Plan %	Bueno	Regular	Malo
Recursos humanos	Urólogo y personal auxiliar entrenados en contenido del PA	95	95	--	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	--	< 80
Recursos Organizativos	Garantizar el número progremado de 2 operaciones/semana	95	95	--	< 80
	% pacientes con Planilla de Recogida Datos (PRD) del PA	100	100	-	<100
	% pacientes con PRD incluida en LA Base de Datos	100	100	-	<100
Indicadores de procesos		**Plan%**	**Bueno**	**Regular**	**Malo**
% pacientes con HPB con aplicación del tratamiento según criterios del PA		100	100	-	<100
% pacientes con HPB con cumplimiento del seguimiento según lo establece el PA		>90	>90	80-90	< 80
Indicadores de resultados		**Plan%**	**Bueno**	**Regular**	**Malo**
% pacientes con HPB con mejoría en calidad de vida con tratamiento impuesto		>80	>80	70-80	< 70
% pacientes con HPB con complicaciones resultantes de cada proceder		< 2,5	< 2,5	2,5-6	>6

Información a pacientes y familiares

Se les informara sobre su enfermedad y posibilidades terapéuticas. Procederes a los que se someterá así como consentimiento informado verbal.

Se les informará al alta la confirmación del diagnostico, pronostico y conducta a seguir. Se les indicara la consulta de seguimiento y en caso de complicaciones a donde y con quien acudir.

Control pos quirúrgico: se realizara por el medico de asistencia en la consulta externa del hospital o en el área de salud, para Habana Vieja y Centro Habana según consulta programada.

Bibliografía

1. Abrams P.H. et al.: The results of prostatectomy: A symptomatic and urodynamic analysis of 152 patients. J. Urol. vol.121. may 1979.
2. Cockett K, SCT Proccedings: The international cosultation on Bening Prostatic Hiperplasia AT. Paris, June.1991.
3. Dalela D, Singh KM, Agarwol R, Chendra H: Transuretral circum-apical incisión of the prostate.Minimizing sphincteric injury during transvesical prostatectomy for arge prostates. BJU International 85(7): 966-968.May 2000.
4. Ko DS, Fenster, Chambers K, Sullivan LD.: The correlation of multichanel urodynamic presure-flow studies and American Urological Association symptom index in the evaluation of bening prostatic hyperplasia. University of British Columbia Prostate Clinic, Department of Surgery, Vancouver Hospital and Halt Sciences Center, Canada J.Urol. Aug.1995.
5. MacDonald R, Ishani A, Rutks I, Wilt TJ: A systematic review of cernilton for the treatmemt of beningn prostatic hyperplasia. BJU International.vol.85.n.7:836-841.May 2000.
6. Madsen FA, Rodees PR, Bruskewitz RC: Reproducibility of pressure-flow variables in patients with symptomatic bening prostatic hyperplasia. University of Wisconsin, Department of Surgery, Madison, 53792, USA. Urology. 46(6):816-20. Dec. 1995.
7. Peorce G, Wilton L: The pharmacovigilance of tamsulosin: event data on 12484 patients. BJU International .85(4):446-450.March 2000.
8. Prieto Luis: Influencia del envejecimiento en la función del detrusor. Arch. Esp. de Urol. 1997.
9. Sells H, Donovan J, Ewings P, Wacdonagh RP: The development and validation of a quality-of-life measure to assess partner morbidity in benign prostatic enlargement. BJU International 85 (4):440-445.March 2000.