

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.756>

Revisión Actual del Diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico en Hiperplasia Prostática Benigna

Current review of the diagnosis, medical and surgical treatment of benign prostatic hyperplasia

David Esteban López Angulo

da.esteban77@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1323-9056>

Universidad Autónoma de Ciencias Médicas (UCIMED)

San José – Costa Rica

Estefanía del Carmen Castro Rivera

dra.castroriv@gmail.com

Universidad Internacional de las Américas (UIA)

San José – Costa Rica

Herber David Alfaro Arguedas

david.alfaro120997@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7805-5552>

Universidad Autónoma de Ciencias Médicas (UCIMED)

San José – Costa Rica

Artículo recibido: 14 de junio de 2023. Aceptado para publicación: 28 de junio de 2023.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La hiperplasia prostática benigna es una tumoración benigna que tiene repercusiones en la calidad de vida de los pacientes. Se presenta con mayor frecuencia en hombres a medida que envejecen. No se ha establecido con exactitud la etiología de esta patología, sin embargo, se relaciona con la edad, procesos infecciosos, inflamatorios, antecedentes familiares, cambios en los valores de testosterona y cambios en la dieta. A nivel de la práctica clínica es primordial implantar métodos para la evaluación de los pacientes con síntomas urinarios a causa de la HPB. Por ende, para esclarecer un adecuado diagnóstico se debe realizar una evaluación inicial, incluyendo el puntaje IPSS, tacto rectal al examen físico, datos de laboratorios (PSA sérico, EGO y una PFR), estudios de imagen como la ecografía. Dentro de las estrategias de manejo inicial se incluyó: para los casos leves y moderados tratamiento farmacológico con alfa bloqueadores o inhibidores de la enzima 5 alfa reductasa, y para los casos moderados a severos la sinergia de ambos medicamentos. Se determinó que en caso de que la sintomatología no responda al tratamiento con estos fármacos se puede tomar en cuenta el tratamiento quirúrgico como la prostatectomía abierta, resección transuretral, además de procedimientos mínimamente invasivos como la termoterapia transuretral con microondas y la ablación prostática transuretral con aguja y resección transuretral monopolar de la próstata. Para concluir la HPB es una patología con una muy alta prevalencia a nivel mundial por lo que su tratamiento debe ser individualizado y establecido previo a la aparición de complicaciones.

Palabras clave: hiperplasia, tracto urinario, obstrucción, benigno, irritativo

Abstract

Benign prostatic hyperplasia is a benign tumor that has repercussions on the quality of life of patients. It occurs more often in men as they age. The etiology of this pathology has not been exactly established; however, it is related to age, infectious and inflammatory processes, family history, changes in testosterone concentration, and changes in diet. At clinical practice, it is essential to implement methods for the evaluation of patients with urinary symptoms due to BPH. Therefore, to clarify an adequate diagnosis, an initial evaluation must be carried out, including the IPSS score, rectal examination, laboratory data (serum PSA, EGO and a PFR), and imaging studies such as ultrasound. The management strategies included: pharmacological treatment with alpha blockers or 5 alpha reductase enzyme inhibitors for mild and moderate cases, and the synergy of both drugs for moderate to severe cases. It was determined that if the symptoms do not respond to treatment with these drugs, surgical treatment such as open prostatectomy, transurethral resection, as well as minimally invasive procedures such as transurethral microwave thermotherapy, transurethral prostate ablation with needles and monopolar transurethral resection of the prostate can be considered. To conclude, BPH is a pathology with a very high prevalence worldwide, so its treatment must be individualized and established prior to the appearance of complications.

Keywords: hyperplasia, urinary tract, obstruction, benign, irritative

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .



Como citar: López Angulo, D. E., Castro Rivera, E. del C., & Alfaro Arguedas, H. D. (2023). Revisión Actual del Diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico en Hiperplasia Prostática Benigna. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(2), 2281–2292. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.756>

INTRODUCCIÓN

El crecimiento benigno de las células glandulares y estromales de la zona de transición prostática se conoce como hiperplasia prostática benigna (HPB). La próstata es un órgano compuesto de tejido glandular, no glandular y estroma fibromuscular del tamaño de una nuez, se encuentra rodeando la uretra prostática, situada en la pelvis menor. Se encarga de producir el líquido prostático. (7)

El líquido seminal se compone en un 15-30% de la secreción prostática, en un 50-70% de los fluidos de las vesículas seminales y en menos de un 5% del producto de los testículos, ampollas deferentes, glándulas de Cowper y uretra. (7)

La hiperplasia prostática benigna (HPB); es el tumor benigno con mayor incidencia en los varones, caracterizada como una patología que se encuentra vinculada con la edad, fundamentada en evidencia anatómica e histológica revisada y estudiada en esta revisión, con una estimación de presentación hacia los 50-60 años. Sin embargo, aun teniendo alta prevalencia e importante impacto socioeconómico, la fisiopatología no es totalmente comprendida. (8,10,16,5)

Dentro de los factores de riesgo en investigación, se han estudiado la edad avanzada, raza, función hormonal, vasculares, inflamatorio, la obesidad, el aumento en la ingesta de grasas y la diabetes aumentan el riesgo para el desarrollo de HPB. El factor genético por componente hereditario de la HBP (gemelos con heredabilidad del 49%). (1)

La HPB tiene caracterización progresiva causando sintomatología obstructiva en el tracto urinario inferior, afectando de manera importante la calidad de vida del paciente, con sintomatología irritativa que afecta en mayor grado la micción, siendo una consulta recurrente en medicina de primer nivel y en urología.

Por ello es de suma importancia médica, la investigación sobre diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico, que sea oportuno, adecuado y actualizado para el manejo de la enfermedad. (10,1,5)

METODOLOGÍA

El presente artículo es una revisión teórica descriptiva, para la cual se analizaron 22 artículos seleccionados con los siguientes criterios de inclusión: artículos en idioma inglés y español, con fechas de publicación del 2018-2022 en consideración a 4 años de actualización, se realizó una búsqueda de revistas científicas, metaanálisis y revisiones de fuentes digitales tales como: scienceDirect.com, pubmed, Elsevier, Google scholar. Revisión con énfasis en palabras clave: urología, hiperplasia prostática, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, diagnóstico.

Epidemiología

La HPB es una causa de síntomas del tracto urinario inferior (STUI), obstructivos e irritativos en varones de más de 40 años, estimando que alrededor de los 70 años, un 70% de los hombres han presentado cambios histológicos de la próstata. (10)

Aproximadamente en un periodo de 1 a 5 años, el 15-50% de los hombres con HBP

sufre de empeoramiento de los STUI. Se genera una progresión del volumen prostático constante en relación a estos síntomas, el crecimiento de la próstata es de un 2% por año (media de 6 cc), con variaciones que dependen de factores como edad, volumen basal y cifras de PSA basal. (4)

Llegando a una determinación poblacional general en cuanto a que los síntomas tienen una relación muy clara con la edad de captación. El crecimiento prostático benigno (CPB), conlleva una prevalencia de aproximadamente un 8% en varones entre sus 31 y 40 años, 40-50% entre 51 y 60 años y más del 80% en mayores de 80 años. Los antecedentes familiares son importantes, ya que la HPB es más frecuente en hombres cuyo progenitor fue intervenido quirúrgicamente por cirugía prostática antes de los 50 años. (18)

Etiología

La próstata es un órgano conformado por un elemento estromal y otro epitelial, que pueden dar paso a la formación de nódulos hiperplásicos producto del crecimiento excesivo de uno u otro componente, o la combinación de ambos. Estudios clínicos recientes han demostrado que existen algunos factores específicos que contribuyen mayormente a la aparición del crecimiento del órgano como lo son, factores endocrinos, inflamación crónica y el envejecimiento. (22) (sorensen,walsh,jordan)

Dentro de la estimulación endocrina se encuentra la interacción entre las células estromales y epiteliales, ya que, las primeras se encargan de la regulación del crecimiento de las células epiteliales y otras estromales por medio de diferentes señales paracrinas y autocrinas, además se asocia también con la producción y liberación de factores de crecimiento celular como el factor básico de crecimiento de fibroblastos o el factor beta transformador del crecimiento. Histológicamente se observa un aumento del recuento celular, con un crecimiento en patrón nodular derivados del estroma y el epitelio; el estroma a su vez, está formado por colágeno y músculo liso, esto puede ser relevante a la hora de escoger entre las diferentes terapias farmacológicas. (22,7) (sorensen, walsh, jordan) (Khatz, doherty)

La inflamación prostática crónica ha sido un hallazgo evidente dentro de los pacientes con HPB en los últimos años, y se han reportado en alrededor del 44-77% de las biopsias. La causa específica de la inflamación crónica es desconocida aún, pero se han planteado diferentes teorías que abarcan desde infecciones bacterianas, virales, reflujo urinario, cambios en la dieta y cambios en niveles de testosterona, no obstante, se ha observado que conlleva un crecimiento más multifactorial. Dicho lo anterior la cascada de eventos que suceden simultáneamente repercuten en la homeostasia y en ocasiones generan lesiones tisulares que forman un círculo vicioso finalizando en hiperplasia asociado a fibrosis. (21) (Robledo, García)

Fisiopatología

Dentro de la fisiopatología de la HPB, el componente obstructivo es el causante de los síntomas presentes en la enfermedad. Este componente se puede dividir en dos; obstrucción mecánica y obstrucción dinámica. Debido al crecimiento crónico de la próstata, esta última puede ir comprimiendo la luz de la uretra o del cuello vesical, ocasionando así, un aumento en la resistencia a la hora del vaciamiento de la vejiga, lo que produce un aumento de la presión intravesical con aumento de la contracción del músculo detrusor e hipertrofia del mismo, para poder completar el vaciamiento, esto puede ser precursor para la formación de divertículos vesicales. (22,16) (Sorensen,walsh, jordan) (McVay, Lin)

Conforme se da el crecimiento prostático, uno de sus elementos, el estroma, está formado por gran cantidad de colágeno y músculo liso, además cuenta con una adecuada inervación adrenérgica que producto del crecimiento y el alargamiento del músculo liso, va adquiriendo una estimulación autonómica que impone un tono aumentado en la uretra prostática, contribuyendo al aumento de las resistencias a la hora del vaciamiento vesical. (22,9) (Sorensen, walsh) (Katz, doherty)

La hipertrofia e hiperplasia del músculo detrusor, asociado al depósito de colágeno en el mismo, confluyen en una inestabilidad del músculo y disminución de su distensibilidad, esta respuesta secundaria de la vejiga y aumento del tamaño de la próstata, son la causa de la aparición de dificultad para miccionar y molestias irritativas. (22,16) (Sorensen) (McVary)

Evaluación inicial

La anamnesis es fundamental en la valoración inicial ya que proporciona información valiosa para la determinación de un diagnóstico; es de suma importancia preguntar sobre comorbilidades como DM, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca y las patologías neurológicas (Parkinson, accidentes cerebro-vasculares), antecedentes y la medicación habitual del paciente, ya que algunos fármacos enmascaran síntomas de STUI de los más comunes los simpaticomiméticos, antihistamínicos, antidepresivos o broncodilatadores y alfa bloqueantes podrían ver enmascarar síntomas. De igual manera no se debe subestimar la información higiénico dietética del paciente, se debe averiguar si se consumen diariamente bebidas irritantes como alcohol, café, diuréticos. (1,4,23)

El paciente debe ser estudiado con la sospecha de HBP, cuando llega a la consulta con síntomas obstructivos e irritativos del tracto urinario inferior, que progresivamente han afectado su calidad de vida principalmente en el patrón del sueño. Los síntomas irritativos son polaquiuria, nicturia y urgencia miccional y los síntomas obstructivos están presentes cuando el paciente aqueja la disminución de la potencia del chorro urinario y micción que necesita de pujo abdominal, con frecuencia en la cita del médico general o del especialista en urología, el paciente muestra preocupación por la sensación de vaciado incompleto y goteo después de la micción. (10)

Los factores de riesgo asociados a esta patología son la edad avanzada, la obesidad, el aumento en la ingesta de grasas y la diabetes aumentan el riesgo de desarrollar HP.

La obesidad se asocia con un aumento en el tono simpático que promueve la proliferación celular prostática. Se propone que los niveles de insulina y la leptina que aumentan en proporción a los adipocitos, a la vez aumentan la actividad neuronal simpática.

Los ácidos grasos aumentan el sustrato para la síntesis de colesterol, lo que incrementa la síntesis de andrógenos. (1,22,23)

El antecedente heredo - familiar de primer grado, aumenta el riesgo 4 veces más, para tener la patología. La edad, raza, predisposición genética y el estado hormonal son factores de riesgo no modificables, por el contrario, la obesidad, el consumo de café y alcohol, si lo son y en cierto grado disminuyen la gravedad del cuadro sintomatológico. (21)

Una vez que el médico tiene una impresión diagnóstica se puede apoyar con la utilización de cuestionarios, herramienta que estratifica sintomatología con unos criterios homogéneos, mide la respuesta al tratamiento, permite observar la progresión con criterios objetivos. (4,23)

El American Urological Association Symptom Index (AUASI), más conocido como International Prostate Symptom Score (IPSS) es utilizado mundialmente; consta de siete preguntas, donde las 1, 3, 5 y 6 sirven para obtener información sobre los síntomas de vaciado y las 2, 4 y 7 para los de llenado, con cinco posibles respuestas que clasifican a los síntomas en: Leves: puntuación de 0 a 7, Moderados: puntuación de 8 a 19, Graves: puntuación de 20 a 35. (4)

Diagnóstico

Debe enfocarse en el descarte de diagnósticos que ocasionan trastornos irritativos y obstructivos ya que estos síntomas son multifactoriales en varones. La exploración suprapúbica identifica masas abdominales o la presencia de un globo vesical. (4,7)

El tacto rectal, no debe enfatizarse con el volumen prostático, ya que la subestimación puede darse cuando la próstata sobrepasa un volumen de 30 cc. Como parte de exámenes complementarios, se envía un uroanálisis (EGO y urocultivo), pruebas de función renal, glucemia, y se le debe realizar un diario miccional. (6)

La realización de la prueba del antígeno prostático específico (PSA) está indicada en hombres mayores de 40 años con expectativa de vida mayor a 10 años. (4,7)

La ecografía de vías urinarias es enviada para medir el volumen prostático, y permite la evaluación de complicaciones en el tracto urinario superior, así como medición del residuo postmiccional (RPM). (4,7)

Una uroflujometría es recomendada si se requiere evaluar la respuesta al tratamiento médico o quirúrgico y en la determinación de la correlación de los síntomas con hallazgos objetivos. Para su correcta interpretación el volumen miccionado debe ser >150 ml. (4,7)

La cistoscopia es indicada para estudiar varones con hematuria micro o macroscópica, estrechez uretral o cáncer de vejiga concomitantes. (4,7)

Estudios de flujo-presión se indican en síntomas generen duda diagnóstica, en pacientes con enfermedad neurológica, cirugía pélvica radical previa, radioterapia pélvica, diabetes descompensada y pacientes con reflujo post miccional > 300 mL, procedimientos quirúrgicos previos fallidos. (4,7)

La utilización de ecografía transrectal de rutina en la evaluación de los síntomas obstructivos secundarios a crecimiento prostático benigno no está indicada. (4,7)

Clasificación

Por medio del ultrasonido vesico-prostático se calcula el volumen, utilizando una fórmula ($A \times B \times C \times 0.52 = \text{Volumen prostático}$), correspondientemente A: diámetro transversal en cm, B: diámetro anteroposterior en cm, C: diámetro sagital en cm. El porcentaje de orina residual normal de 20%, debe ser considerado en las variables. Dependiente del tamaño y crecimiento de la próstata se clasifica en grados: Grado 1: 30-38 mm Grado 2: 38- 45mm Grado 3: 45-55mm y grado 4: Mayor a 55mm. (21)

Tratamiento

Farmacológico

Antagonistas de los receptores alfa 1 adrenérgicos

Su mecanismo de acción se da mediante los receptores alfa-1, generando la relajación del músculo liso. Su efecto es de características prolongadas y se encuentran aprobadas por la FDA. (17)

Ejerce su función con gran eficacia y rapidez, además presentan una baja tasa de complicaciones, por lo que se consideran los medicamentos de primera línea en pacientes con síntomas urinarios por HPB. Se ha demostrado por estudios previos que todos los antagonistas

de receptores adrenérgicos presentan una misma utilidad a dosis adecuadas, disminuyendo en un 30-40% la escala de IPSS y aumentando el Qmax en un 20-25%. (13) (Lopez-ramos)

Al reprimir la acción de los receptores adrenérgicos alfa 1, los cuales se encargan de generar una respuesta contráctil en la próstata y la vejiga, se produce una disminución del tono prostático y la oclusión al flujo urinario en la vejiga. (13) (Lopez-ramos)

Estos medicamentos son recomendados en paciente con síntomas leves moderados y severos, por lo que se deben iniciar a dosis bajas y posteriormente escalonar con cautela, entre los principales se encuentran alfuzosina, doxazosina, tamsulosina y terazosina. (13) (Lopez-ramos)

Inhibidores de la 5 alfa-reductasa

Restablecen el elemento oclusivo al flujo de salida en la vejiga, al disminuir el desarrollo prostático dependiente de andrógenos por medio del impedimento de la conversión de la testosterona a dihidrotestosterona. (13) (Lopez-ramos)

En diversos análisis se ha demostrado una mejoría del IPSS cerca de un 15-30%, con un descenso del volumen prostático en un 18-28% y un aumento del Qmax en 1.5-2.0mL/S posterior aproximadamente de 2 o 4 años de tratamiento. Además, se ha evidenciado que las prescripciones prolongadas mejoran la prevalencia de RUA y de tratamiento quirúrgico. (13) (Lopez-ramos)

Los medicamentos utilizados habitualmente son finasteride y dutasteride, aconsejados en pacientes con síntomas moderados a graves, con volumen prostático mayor a 40 mL y con valores de antígeno prostático mayores a 1.4-1.6 ng/ml. Estos fármacos reducen el escalonamiento de los síntomas a la mitad en un plazo de 12 meses y el requerimiento de tratamiento quirúrgico. (13) (Lopez-ramos)

Antagonista de los receptores muscarínicos

Se indican en paciente con hiperactividad vesical, con el fin de mejorar los síntomas urinarios descendiendo la contractibilidad de la vejiga urinaria mediada por nervios parasimpáticos, generando un aumento de la capacidad vesical. Actualmente su uso no ha sido aprobado en varones de edad avanzada como monoterapia ya que se ha asociado a elevados casos de retención urinaria. (13,19) ((Ramos, H) ((Lopez-ramos))

Su único uso aprobado es en combinación con otros medicamentos, siendo estos los utilizados: oxibutinina y tolterodina. (19)

Inhibidores de la fosfodiesterasa 5

Se utiliza con frecuencia en pacientes con síntomas obstructivos cuya función eréctil no es la óptima a causa de su HPB. El fármaco utilizado es el tadalafil a dosis de 5 mg cada día. (13) (Lopez-ramos)

Terapia combinada

Antagonistas de receptores alfa 1 adrenérgicos + inhibidores de la 5 alfa-reductasa

Esta terapia dual se prescribe en pacientes cuyo objetivo terapéutico se desea extender a un plazo mayor de 12 meses, en próstatas con volúmenes mayores a 40 cc y en quienes la monoterapia no fue la opción más efectiva. Esta sinergia está indicada en pacientes con sintomatología moderada a severa. (13,19) (Lopez-ramos)

Esta terapia combinada presenta mejores efectos en cuanto a la progresión de la enfermedad y en la disminución de los síntomas obstructivos de vías urinarias. Sin embargo, esta sinergia de medicamentos se caracteriza por presentar mayor tasa de efectos adversos. (13,19) (Ramos, H) (Lopez-ramos)

Dispositivos Mecánicos

Levantamiento de uretra prostática

Este procedimiento puede realizarse en el consultorio, con manejo mínimo del dolor y anestésico, está contraindicado en volumen superior a 80 ml. Se realiza por medio de un retractor de tejido trans prostático consta de un ancla capsular de nitinol conectada a un extremo ureteral de acero inoxidable mediante una sutura de monofilamento (poliéster) tensada in situ que abre mecánicamente la próstata y alivia la obstrucción sin ablación ni resección. Durante el despliegue transuretral, se inserta un dispositivo de entrega manual a través de un cistoscopio. El dispositivo despliega un implante accionado por resorte que comprime la luz de la uretra prostática hacia la cápsula prostática, que, cuando se repite secuencialmente, abre la uretra, aliviando así la obstrucción. (17) (Nikhil et al, 2018)

Dispositivo de Nitinol Implantable Temporal (TIND)

Dispositivo que se utiliza bajo sedación ligera por medio del cistoscopio, el objetivo es remodelar la uretra prostática, desde la salida de la vejiga. Este consta de puntales de nitinol conectados que se colocan y expanden dentro de la fosa prostática y luego se dejan en su lugar durante 5 días, luego se retira el dispositivo en un segundo procedimiento cistoscopio. (17) (Nikhil et al, 2018)

Al comprimir el tejido de la zona de transición prostática se busca causar necrosis a lo largo de cada puntal, para cuando se retire, se mantenga un patrón similar a las incisiones transuretrales de la próstata creando alivio sintomático.

El Spring

Consiste en un implante de nitinol helicoidal permanente que se coloca por medio de un cistoscopio flexible, no es traumático y su recuperación es rápida. La composición de nitinol crea una tensión interna que la incrusta en la pared de la uretra prostática con una huella mínima en la uretra, resistiendo así la incrustación. Es un solo cable que facilita el ajuste o la extracción. (17) (Nikhil et al, 2018)

La terapia de campo electromagnético pulsado (PEMF)

Se trata de terapia a base de ondas de energía pulsada de baja frecuencia (1-50 Hz) que como fin terapéutico se centraliza en el efecto antiinflamatorio. Es una opción en mejoría en pacientes con STUI de moderados a graves que no tengan síndrome metabólico. (8)

Stent prostático

Son una alternativa al cateterismo vesical para pacientes no candidatos de procedimiento quirúrgico. Para el uso de stents se necesita la correcta funcionalidad de músculos detrusores, los de tipo permanentes son biocompatibles y permiten la epitelización. Los de tipo temporal no son epiteliales y pueden ser bioestables o biodegradables. (19)

Tratamiento Quirúrgico

La intervención quirúrgica es una vía de tratamiento para aquellos pacientes con STUI de moderados a graves y en varones que desarrollan retención urinaria aguda u otras complicaciones relacionadas a HBP, también es opción para casos con insuficiencia renal,

cálculos en vejiga e infección recurrente. La cirugía es el método más invasivo para el manejo de la HPB, se considera cuando el paciente agotó la terapia farmacológica sin resolución, pero esta situación no es un requisito, ya que el paciente puede optar por tratamiento quirúrgico como alternativa de evitar síntomas molestos y con resultados más efectivos. (17)

Técnicas quirúrgicas

La resección transuretral de la próstata (RTUP) es el procedimiento estándar para hombres con próstatas entre 30 y 80 ml. En próstatas más grandes que superan (> 80 cc), se utiliza prostatectomía abierta (OP), técnicas como la enucleación con láser de holmio (HoLep) y la enucleación bipolar (BTUEP) de la próstata se utilizan en obstrucción prostática benigna (OBP). (17)

La laparoscopia puede considerarse mínimamente invasiva, especialmente si se compara con la prostatectomía abierta; sin embargo, aún requiere anestesia general, una posición de Trendelenburg y un tiempo prolongado de cateterismo. Es importante subrayar que las diferencias en el tiempo de cateterismo dependen claramente del protocolo quirúrgico. Más específicamente, los pacientes del grupo LSP retiran el catéter de forma rutinaria el día 5, mientras que los pacientes del grupo BTUEP el día 2. Probablemente los procedimientos endoscópicos son menos invasivos en comparación con la laparoscopia, considerando que el paciente no necesita anestesia general y tiene un tiempo de cateterismo más corto. Sin embargo, en próstatas muy grandes (>200 cc), la endoscopia puede ser un desafío y llevar mucho tiempo. (Ricardo L et al,2020) Los siguientes autores expresan en análisis: En un metaanálisis, de 27 estudios observacionales de 764 pacientes, que comparó los resultados de la adenomectomía laparoscópica versus el abordaje abierto, concluyó que los resultados y las complicaciones postoperatorias fueron similares; pero el beneficio en el abordaje laparoscópico fue en menor tiempo de internación hospitalaria (1.6 días), menor tiempo de cateterismo (1.3 días) y menor pérdida de sangre (187 mL). (5) (Helen S et al, 2022)

Procedimientos mínimamente invasivos

Con la utilización de estas técnicas se busca buena tolerancia, alivio más rápido y con más durabilidad, una mejor y pronta recuperación, es una mejor opción en pacientes añosos.

Termoterapia transuretral con microondas (Tumt)

Método Tumt, emite radiación de microondas por medio de una antena intrauretral, que genera calor en el interior de la próstata, con posterior destrucción del tejido, apoptosis y denervación de los receptores α , con ello se disminuye la obstrucción infravesical resultante. Tiene menos resultados en eyaculación retrógrada, tratamiento por estenosis, hematuria, transfusión sanguínea, síndrome de resección transuretral, pero incrementa el riesgo de disuria, retención urinaria y retratamiento de los síntomas de HPB. (19)

Ablación prostática transuretral con aguja (Tuna)

Método Tuna, utiliza un bajo nivel de energía por medio de radiofrecuencia a la próstata a través de agujas transuretrales que se introducen al parénquima prostático, esta técnica no es adecuada en volúmenes prostáticos > 75 mL, obstrucción aislada del cuello de la vejiga. no es efectivo para tratar el lóbulo medio. (19)

Resección transuretral monopolar de la próstata (RTUP-M) e incisión transuretral de la próstata (ITUP):

Tratamiento en síntomas severos secundarios por obstrucción del tracto urinario inferior. La elección debe orientarse en el volumen de la próstata (<30 ml y 30-80 ml adecuados para ITUP y RTUP-M, respectivamente). El límite máximo recomendado por expertos para RTUP-M es de 80 ml. (7)

RTUP-M: RTUP bipolar

igualmente, utilizable para síntomas de severos a moderados por obstrucción de tracto urinario inferior, según expertos ha proporcionado menor morbilidad perioperatoria. (7)

RTUP-B

Vaporización transuretral bipolar de la próstata. La VTUP-B y la RTUP tienen buenos resultados a corto plazo, pero una eficacia inferior a mediano plazo si se compara con la RTUP. La VTUP-B plasma tiene una morbilidad menor a corto plazo en comparación con la RTUP. (7)

Prostatectomía Abierta

Método quirúrgico más invasivo, pero efectivo y duradero para el tratamiento de los SOUB. con volúmenes prostáticos superiores a 80 ml. (7)

Tipos de láser

Estos se pueden utilizar en volúmenes prostáticos de 30-80 ml o inclusive 100ml, proporcionan mejor hemostasia que otros procedimientos, mejoría clínica y sintomática.

Enucleación y resección prostática con láser de Holmium, Vaporización de la próstata con láser de luz verde (Greenlight) de 532 nm, Tratamiento de la próstata con láser diodo, Manejo con láser de Thulium:ytrio-aluminio-granate (Tm: YAG). (7)

CONCLUSIÓN

Expuesto lo anterior se debe recalcar la importancia en promover campañas de tamizaje y la utilización de cuestionarios para valorar la micción en pacientes que puedan estar en riesgo, mayormente la población adulta mayor, con la intención de poder diagnosticar más pronto la patología y con el manejo adecuado mejorar los síntomas y molestias del paciente.

Cabe destacar la relevancia que tiene saber la etiología del crecimiento prostático, ya que, dependiendo del componente que esté creciendo se puede preferir una línea terapéutica sobre otra, cuando se de, por parte del médico, la escogencia del producto farmacológico que quiera utilizar en el paciente.

Para finalizar se ha observado un incremento en la creación e implementación de nuevas terapias tanto farmacológicas como quirúrgicas que pueden estar a la mano del médico para facilitar el alivio y mejora de los síntomas; los procedimientos mínimamente invasivos cada vez se utilizan más y son de mayor gusto por parte de los especialistas, ya que, en pacientes de edad avanzada y con otras comorbilidades, en el momento de la cirugía no aumentan de manera significativa las complicaciones en el quirófano y postquirúrgicas.

REFERENCIAS

Alfredo R, T. R. (2019). La próstata: generalidades y patologías más frecuentes. Revista de la Facultad de Medicina (México), 62 (4), 41-53. doi:<http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.4.07>

Barry, M. J. (2011). Complementary and Alternative Medicine for Urological Symptoms (CAMUS) Study Group. Effect of increasing doses of saw palmetto extract on lower urinary tract symptoms: a randomized trial. JAMA, 306(12), 1344–1351. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.2011.1364>

Brazilian Society of Urology, B. M. (2018). Hiperplasia prostática benigna. Revista de Asociación Médica Brasileña, 64, 876-881. doi:<https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.10.876>

Francisco J, A. F. (2019). HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR. Federico de la Rosa Kehrmann. YOU & US, S.A. Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, 1- 89. Obtenido de <https://docplayer.es/227549639-Hiperplasia-benigna-de-prostata-un-abordaje-multidisciplinar.html>

Helen D, S. A. (2022). Rol de la laparoscopia en el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. experiencia LATAM. Revista Mexicana de Urología, 82, 2007-4085. doi:<https://doi.org/10.48193/revistamexicanadeurologia.v82i3.876>

Hugo L, C. L. (2021). Guía de manejo Hiperplasia Prostática Benigna (SCU 2021). Revista Urología Colombiana, 30(2), 145-149. doi: DOI <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731669>. ISSN 0120-789X. e ISSN 2027-0119.

J, L. (2019). La técnica LEST: Tratamiento de la obstrucción prostática preservando la eyaculación anterógrada en pacientes con hiperplasia prostática benigna. Archivo italiano de urología y andrología, 91(1), 35-42. doi:DOI: 10.4081/aiua.2019.1.35

Jose S, J. F. (2022). Hiperplasia prostática benigna. Artículo de revisión. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 6(2), 423-438. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i2.1893

Katz M.H., & D. (2021). Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos, 15e. McGraw Hill. Urología. Doherty G.M.(Ed.), 25-29. Obtenido de <https://accessmedicina-mhmedical-com.bibliotecaucimed.remotexs.co/content.aspx?bookid=3076§ionid=260878996>

Laia R, L. D. (2018). PREGUNTAS MÁS FRECUENTES SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA. .Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 29(1), 1-7. Obtenido de https://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/butlletins/boletin_informacion_terapeutica/documents/arxiu/BIT-vol_29_n1_cast-Preguntas-mas-frecuentes-hiperplasia-benigna-de-prostata.pdf

Lerner LB, M. K. (2021). Management of lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hyperplasia. AUA Guideline part I, initial work-up and medical management, 206, 806. Obtenido de Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) Guideline - American Urological Association (auanet.org)

Lerner LB, M. K. (2021). Management of lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hyperplasia. AUA Guideline part II, surgical evaluation and treatment, 206, 818. Obtenido de Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) Guideline - American Urological Association (auanet.org)

López-Ramos, H. L. (2021). Guía de Manejo hiperplasia prostática benigna (SCU 2021). Revista Urología Colombiana / Colombian Urology Journal, 30(02), 145–152. doi:<https://doi.org/10.1055/s-0041-1731669>

Manduley, A. A., & García, J. (2019). Greenlight XPS ® para el tratamiento de la Hiperplasia Prostática benigna: Nuestra experiencia y resultados de mundo real. Revista Guatemalteca de Urología, 7(1), 19-23. doi:<https://doi.org/10.54212/27068048.v7i1.48>

Marta T, D. G. (2020). El uso terapéutico de la terapia de campo electromagnético pulsado reduce el volumen prostático y los síntomas del tracto urinario inferior en la hiperplasia prostática benigna. Andrología Wiley Periodicals, 8, 1076-1085. doi:DOI: 10.1111/andr.12775

McVary, K. L. (2021). Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) Guía para el Paciente. The official Foundation of the American Urological Association. Urology Care Foundation, 1-12. Obtenido de <https://www.urologyhealth.org/educational-resources/bph-patient-guide-spanish>

Nikhil G, S. N. (2018). Tecnologías nuevas y emergentes en el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior de la hiperplasia prostática benigna. Sexual Medicine Reviews, 7(3), 491-498. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.02.003>

Norman Z, C. P. (2018). Tratamiento de la hiperplasia prostática benigna y de la disfunción eréctil por el médico general Gestión de la hiperplasia prostática benigna y la disfunción eréctil por parte del médico general. Revista Médica Clínica Los Condes, 29 (2), 180-192. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.01.003>

Ramos, H. L. (2018). Tratamiento farmacológico de la hiperplasia prostática benigna. Revista Mexicana de Urología, 78(4). doi:<https://doi.org/10.24245/revmexurol.v78i4.2093>

Ricardo L, A. Z. (2020). Prostatectomía simple laparoscópica versus enucleación con plasma bipolar de la próstata en la hiperplasia prostática benigna grande: una comparación de tres años en dos centros. Revista mundial de urología, 39, 2613–2619. doi:<https://doi.org/10.1007%2Fs00345-020-03512-5>

Robledo, X. G.-P. (2020). Mecanismos inflamatorios involucrados en la fisiopatología de la hiperplasia prostática benigna. Revista Urología Colombiana/Colombian Urology Journal, 29(04), 240-244. doi:DOI: 10.1055/s-0040-1701278

Sorensen M, & W. (2023). Hiperplasia prostática benigna. Papadakis M.A., & McPhee S.J., & Rabow M.W., & McQuaid K.R.(Eds.), Diagnóstico clínico y tratamiento 2023. McGraw Hill. Obtenido de <https://accessmedicina-mhmedical-com.bibliotecaucimed.remotexs.co/content.aspx?bookid=3323§ionid=277969524>

Zambrano, N. &, & Palma, C. (2018). Tratamiento de la hiperplasia prostática Benigna y de la disfunción eréctil por el médico general. Revista Médica Clínica Las Condes, 29(2), 180-192. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.01.003>