

¿PROSTATISMO Y ADENOMA PROSTÁTICO?

PROSTATISM AND PROSTATIC ADENOMA?

DR. RODOLFO ROSENFELD V.
DEPARTAMENTO DE UROLOGÍA.
CLÍNICA LAS CONDES.
rrosenfeld@clc.cl

RESUMEN

Se analiza una patología prevalente en el hombre añoso especificando sus síntomas agrupados en el concepto de "prostatismo". La uropatía obstructiva baja como fenómeno clínico puede tener varias etiologías que el médico debe precisar para su decisión terapéutica. La dificultad en obtener el diagnóstico correcto hace necesario contar con guías clínicas y consensos para facilitar el conocimiento de la evolución de esta patología y dar un pronóstico al paciente.

Iguals síntomas pueden tener causas totalmente opuestas y la clínica debe recurrir a los estudios urodinámicos, de imágenes y endoscópicos para definirlos.

Los diversos tratamientos se encaminan a mejor calidad de vida del hombre añoso y evitar consecuencias patológicas y, el médico en conjunto con el paciente, tomarán la decisión adecuada para cada caso en particular.

Palabras clave: Hiperplasia prostática adulto mayor / diagnóstico / manifestaciones urológicas / terapia.

SUMMARY

We analyze the prevalence of a pathology of the aging male specifying symptoms of the so called "prostatism". The outlet obstruction may have different etiologies and the physician must have a precise outlook of them to endure a correct therapeutic decision.

The difficulty in obtaining a correct diagnosis makes it necessary to count with policy guides and consensus of experts to facilitate knowledge of the evolution and prognosis of this entity.

The same symptoms may have total opposite causes so the

clinician must recur to aids as: the urodynamic studies, imaging and endoscopy among others to define them.

Different treatments offered are aimed to give a better quality of life to the aging male avoiding pathologic consequences and the physician, together with the patient, will take a correct decision in every case individually.

Key words: Prostatic hiperplasia older men / diagnosis / urological manifestations / therapy.

INTRODUCCIÓN

Los síntomas de la uropatía obstructiva, mal denominada prostatismo, se debe a varios factores etiológicos que no siempre involucra una patología prostática (hipertrofia benigna).

La estrechez uretral, la disineria detrusor esfínter, la hipertrofia de cuello vesical y la vejiga hipotónica se presentan al clínico con iguales síntomas de flujo urinario alterado que los de una hipertrofia prostática obstructiva, por lo tanto, el término prostatismo se ocupa sólo cuando contamos con un factor etiológico preciso (1).

La hipertrofia benigna de la próstata es una de las condiciones más comunes que se presentan en hombre añoso.

No existe una correlación directa entre la cuantía de la hipertrofia de la próstata y los síntomas de uropatía obstructiva baja. Tampoco, hay relación de la intensidad de como se perciben los síntomas de un paciente a otro. Esto hace que sea un desafío para el médico medir en forma objetiva y precisa éstas, validando su importancia.

¿Cuáles son estos síntomas y signos?

Sólo enumerarlos sin orden de importancia ni intensidad y sin que estos

se presenten en su totalidad para diagnosticar una Uropatía Obstructiva Baja (U.O.B.) sería: nicturia, polaquiuria, disuria de esfuerzo, goteo terminal, urgencia, chorro delgado y sin fuerza, sensación de vaciado incompleto, incontinencia y chorro miccional intermitente.

El medir la intensidad de los síntomas debe ser reproducible si el factor que los produce es permanente.

Los médicos estamos acostumbrados a medir factores anatómicos o fisiológicos para asegurarnos una hipótesis diagnóstica y darnos seguridad y objetividad en nuestra sospecha. La medicina basada en evidencias nos obligan a tener esta línea de pensamiento, pero en ocasiones éste método se hace difícil. En muchos casos, la experiencia de cómo el paciente, desde su perspectiva, considera el síntoma tiene muchos grados de subjetividad, lo que dificulta el diagnóstico clínico.

Si siempre he orinado de noche y no importa que el chorro miccional sea lento y sin fuerza, la nicturia y la disuria de esfuerzo no se consideran síntomas relevantes a mencionar (2).

Las mediciones en base a cuestionarios son consideradas superficiales, pero son el único método que nos acerca a una posibilidad más o menos segura de diagnóstico de calidad de vida.

La interpretación de estos cuestionarios presenta el desafío al clínico considerando estos sólo en relación al paciente específico.

El cuestionario puede centrarse principalmente en la frecuencia de los

síntomas y en su intensidad o en ambos factores a la vez.

Iguales síntomas se pueden presentar por patologías obstructivas o irritativas (nicturia, urgencia, goteo terminal y disuria de esfuerzo) y existen cuestionarios que las discriminan y otras que no.

Existen varios cuestionarios con algunas ventajas y desventajas que apuntan a factores muchas veces subjetivos, fisiológicos y de poco valor clínico en la toma de decisiones.

El índice de síntomas de Boyarsky (1977) (3) mide el síntoma en relación a la intensidad y le da valores de 0 a 3 como puntaje.

Ejemplo: (3)

Nicturia	0	Ausencia
	1	1 vez
	2	2 a 3 veces en la noche
	3	más de 4 veces.
Urgencia	0	Ausencia
	1	Ocasional
	2	Más de la mitad de las veces
	3	Siempre
Etc., etc.		

TABLA 1. ÍNDICE DE SÍNTOMAS DE A.U.A. (0-35 PUNTOS)

PREGUNTA	RESPUESTAS					
	Nunca	1 vez en 5	Menos de la mitad de las veces	Mitad de las veces	Más de la mitad	Casi siempre
¿En 1 mes cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar la vejiga al orinar?	0	1	2	3	4	5
¿Cuántas veces ha vuelto a orinar antes de 2 hrs.?	0	1	2	3	4	5
¿Cuántas veces ha orinado intermitentemente durante la micción?	0	1	2	3	4	5
¿Cuántas veces le ha sido difícil posponer la micción?	0	1	2	3	4	5
¿Cuán frecuente ha notado un chorro miccional débil?	0	1	2	3	4	5
¿Cuántas veces ha tenido que pujar para iniciar la micción?	0	1	2	3	4	5
¿Cuántas veces orina durante la noche?	0	1	2	3	4	5

El cuestionario que se ocupa con mayor frecuencia y que facilita la investigación y práctica clínica, es el Índice de Síntomas de A.U.A. (American Urological Association) (21).

Este se concentra en los síntomas de uropatía obstructiva baja y no diferencia patologías como Hiperplasia Benigna de la Próstata (H.B.P.), estrechez uretral o síntomas irritativos vesicales, tanto en hombre o mujeres (4).

Su gran utilidad radica en objetivar estos síntomas antes y después de un tratamiento para evaluar sus resultados (5).

El uso de mediciones cuantitativas que permitan dar respuesta a la relación de los síntomas con alteraciones fisiológicas mediante los estudios urodinámicos no han sido exitosas en su totalidad, pero dan más datos que ayudan a la toma de decisiones terapéuticas.

La Sociedad Internacional de Continencia trabaja activamente en buscar respuestas en esta relación (6).

Clínicamente el diagnóstico de "prostatismo" asociado a una hipertrofia benigna de la próstata se basa en cuatro conceptos interrelacionados:

1. Síntomas de alteración miccional en mayores de 50 años.
2. H.B.P. al tacto rectal.
3. Uropatía obstructiva baja sintomática.
4. Disfunción vesical (hipoactiva o irritativa) como consecuencia de la obstrucción.

Los trabajos de Hinman esquematizan los síntomas de prostatismo y los relacionan con efectos fisiopatológicos que no siempre tienen una explicación clara en la clínica y pueden llevar a errores terapéuticos.

Esto ha motivado varios estudios tendientes a clasificar la relación de la H.B.P. con síntomas susceptibles de ser tratados con éxito.

La "International Prostate Symptom Score (I-PSS) basado en estudios de síntomas y calidad de vida, permite evaluar al paciente pre y post tratamiento y estrecha la visión poco precisa de la relación de la hipertrofia prostática, con la sintomatología y la calidad de vida.

El urólogo debe considerar síntomas agregados en la anamnesis como impotencia, molestias vagas peri renales, duración de los síntomas y repercusión de éstos en la calidad de vida del paciente añoso, tal vez, con un síndrome de hipogonadismo tardío (andropausia).

El tacto rectal como la principal acción examinadora en el paciente que consulta por síntomas obstructivos no relaciona el volumen de ésta con la severidad de los síntomas (7).

Esto se debe a la anatomía y modo de hiperplasia que adopta la próstata. Al tacto es posible evaluar con facilidad el crecimiento de lóbulos laterales, pero no así la hipertrofia del lóbulo medio (cuello vesical) solitario que puede causar mayor obstrucción en una próstata pequeña actuando como válvula durante la micción (8).

El volumen de la próstata apreciado por el tacto rectal tampoco es preciso para decidir la vía terapéutica (endoscópica, perineal, supra pú-bica, etc.) y la ecografía parece dar mejores datos al respecto (9).

La justificación del tacto rectal sigue siendo de importancia ya que orienta en la sospecha diagnóstica de uropatía obstructiva baja orientándose a otros posibles diagnósticos diferentes a la hipertrofia prostática y principalmente descarta la presencia de nódulos e induraciones que apuntan al cáncer antes o después de estudios de laboratorio incluyendo el Antígeno Prostático Específico (P.S.A.) (10).

Una vez sospechado el diagnóstico de uropatía obstructiva baja como consecuencia de una hipertrofia benigna de la próstata se debe confirmar esta sospecha basándose en evidencias investigadas por el médico.

Los síntomas se pueden deber a obstrucción mecánica debido a la hipertrofia prostática o a una obstrucción funcional por una disiner-gia detrusor esfínter. Las sensaciones de vaciado incompleto de vejiga, urgencia miccional o sensación de peso perineal pueden ser consecuencia de irritación de trigono por crecimiento de lóbulo medio prostático, sin que exista una obstrucción verdadera.

Hablamos de síntomas *obstructivos* y síntomas *irritativo*. Estos se relacionan entre sí y no guardan relación, a veces, con la causa que los produce.

La inestabilidad del detrusor (irritativas) es común que se presente en pacientes con uropatía *obstructiva* y se debe evaluar qué porcentaje de estos síntomas contribuyen al motivo de consulta para evaluar los resultados del eventual tratamiento (11).

Clínicamente un acercamiento fácil que permite aseverar la posibilidad de una uropatía obstructiva baja lo dan exámenes como la uroflujometría y la medición de residuo post miccional.

La uroflujometría solo da valores significativos para considerar el flujo como consecuencia de una obstrucción cuando los valores son extremos.

La variabilidad en los resultados depende del volumen miccional, ansiedad frente al examen, variación diurna, edad, sobre distensión vesical, etc.

El flujo urinario (cc/seg.) puede disminuir por obstrucción o por falla en la contractibilidad del detrusor.

Sólo el estudio de curva de flujo-presión puede, parcialmente, responsabilizar la causa del flujo bajo a una u otra causa.

Si existe un flujo débil con presión de detrusor aumentado hay una uropatía obstructiva (12). Por otro lado, si el flujo es normal debido a una presión aumentada puede existir una obstrucción compensada por la presión vesical.

El residuo post miccional permite evaluar la severidad de la uropatía obstructiva o la falla de la contractibilidad del detrusor (13).

Durante la micción la contracción efectiva del detrusor debe vaciar la vejiga completamente y se aceptan, como normales, residuos de no más de 12 cc. (14).

Durante la evaluación de la uropatía obstructiva el músculo detrusor pasa por una etapa de compensación (contracción efectiva) y luego de

descompensación (contracción inefectiva).

El residuo post miccional es claramente consecuencia de una falla de la contracción del detrusor por ausencia de colágeno, atrofia muscular y desintegración neuronal y no a la obstrucción mecánica. Estos fenómenos se presentan en forma secundaria a la obstrucción o pueden ser primarios debido a la edad (15).

El residuo post miccional se mide mediante un cateterismo post miccional o mediante una ecografía, siendo ambos métodos relativos en sus resultados debido a la técnica empleada.

No existe, por lo tanto, un criterio uniforme para dar valores cuantitativos basado en evidencias clínicas al estudio de una uropatía obstructiva que requiera tratamiento debiendo evaluarse en forma individual, caso a caso, para decidir pronóstico de la evolución de esta patología (16). La imagenología de la próstata aporta elementos de juicio al clínico permitiéndolo evaluar su anatomía (volumen y forma de crecimiento) y su efecto en el resto del árbol urinario cuando la hipertrofia es significativa.

El solo aumento de volumen de la próstata no es sinónimo de uropatía obstructiva con consecuencias patológicas.

Se debe estudiar todo el árbol urinario para evaluar la repercusión de presiones retrógradas aumentadas en el flujo de orina (hidroureteronefrosis, residuo post miccional).

Las imágenes también permiten descartar patología agregadas como litiasis, tumores y malformaciones del árbol urinario.

Información anatómica que aporta la Ecografía

1. Volumen vesical.
2. Grosor de pared vesical.
3. Anatomía de uréter distal.
4. Defectos intravesicales (cálculo, tumor, ureterocele).
5. Divertículo.
6. Residuo post miccional.
7. Crecimiento lóbulo medio en base de vejiga.

El ultrasonido como investigación inicial en el individuo que consulta por *prostatismo* es un imperativo que permite detallar las posibilidades de la sospecha diagnóstico y de evidencias de las consecuencias de la obstrucción urinaria (17).

Una vez efectuado el estudio diagnóstico de los síntomas de *prostatismo* que orientan a una Hipertrofia benigna de la próstata descartan-

do otras etiologías de uropatía obstructiva baja como las estrecheces uretrales o la disinerjia detrusor esfinter se debe tomar la decisión terapéutica.

La alta prevalencia de la Hipertrofia benigna de la próstata ha ocasionado una serie de estudios para facilitar guías al urólogo en la toma de decisiones como:

- a) A.U.A. panel of experts.
- b) A.H.C.P.R. (Aging for Health Care Policy + Research).
- c) I.C.B.P.H. (International Consultation on B.P.H.) ⁽¹⁸⁾.

La anamnesis, el examen físico, el examen de orina, la creatinemia, al Antígeno Prostático Específico, la uroflujometría, la ecografía pelviana, el residuo post miccional y la cistoscopia, son elementos que según el estudio del consenso de expertos ayudan a la toma de decisión dando mayor o menor valor específico a ellas en forma individual.

Los tratamientos clínicamente utilizados y que se indican según el criterio médico basado en evidencias, consensos internacionales, concepción del paciente en cuanto a repercusión en su calidad de vida son:

1. Expectación programada. El paciente es controlado por el médico en cuanto a su evolución sintomática sin terapia específica.

2. Tratamiento con bloqueadores alpha. Estos (Doxazosin, Terazosin) inhiben la contracción de la musculatura lisa de la próstata, relajando el cuello vesical durante la micción.

3. Tratamiento con inhibidor de 3-alpha-reductasa. Que reduce los niveles de dihidrotestosterona prostática (Finasteride) actuando sobre el crecimiento de la próstata.

4. Resección transuretral (R.T.U.) del adenoma prostático por vía endoscópica que por años se mantiene como el standard de oro del tratamiento activo de la hipertrofia benigna de la próstata sintomática (19).

5. Prostatectomía (adenomectomía) abierta. Indicada por vía suprapúbica en casos de patología agregada vesical o gran volumen de la hipertrofia.

6. Resección por Láser Verde (K.T.P.) que vaporiza el tejido adenomatoso tiene actualmente gran aceptación como método terapéutico endoscópico con las ventajas de escaso sangramiento, sondaje y posible hospitalización de sólo 24 hrs. y escasas complicaciones operatorias (20).

La hipertrofia benigna de la próstata como resultado del crecimiento de tejido fibromuscular y del epitelio de la zona de transición y peri uretral que ocurre en forma no previsible con la edad es la responsable de los síntomas de "*prostatismo*" o uropatía obstructiva baja.

Hay una débil relación entre la cantidad de tejido hiperplásico y los

síntomas clínicos y no hay estudios que avalen la relación de estos en el tiempo para dar pronóstico.

Por otro lado, se desconoce con exactitud la etiología y patogénesis de la hipertrofia prostática lo que resulta un desafío para el médico recurrir a métodos terapéuticos que realmente beneficien al paciente tanto en su calidad de vida como en la prevención de patologías derivadas de la obstrucción urinaria.

Sólo el control anual de evaluación de crecimiento prostático por tacto e imagenología permite dar pronóstico de posibilidad de síntomas obstructivos que requieran tratamiento.

La evaluación clínica es importante ya que no existe relación directa entre volumen prostático y uropatía obstructiva baja.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Leary MP, Barry MJ, Fowler FJ. Hard measures of subjective outcomes: validating symptom indexes in urology. *J Urol* 1992; 148: 1545-1548.
2. Gowler FJ, Barry MJ Quality of life assessment for evaluation benign prostatic hyperplasia treatments. *Eur Urol* 1993; 24: 24-27.
3. Boyarsky S, Jones G, Paulson DF et al. A new look at bladder neck obstruction by the Food and Drug Administration regulators: guidelines for investigation of benign prostatic hypertrophy. *Trans Am Assoc Genitourin Sug* 1977; 68: 29-32.
4. Chai TC, Berville WD, McGuire EJ, Nyquist L. Specificity of the American Urological Association voiding symptom index comparison of unselected and selected samples of both sexes. *J Urol* 1993; 150: 1710-1713.
5. Andersen JT. Benign prostatic hyperplasia: symptoms and objective interpretation. *Eur Urol* 1991; 20: 36.
6. Abrams P. Urodynamics and the International Continence Society come of age. *Br J Urol* 1993; 72: 527-529.
7. Chute CG, Guess HA, Panser LA et al. The non-relationship of urinary symptoms, prostate volume and uroflow in a population based sample of men. *J Urol* 1993; 149: 356A.
8. Randall A (ed) Surgical pathology of prostatic obstruction. Baltimore: Williams and Wilkins, 1931.
9. Watanabe H. Natural history of benign prostatic hypertrophy. *Ultrasound Med Biol* 1986; 12: 567-571.
10. Cooner WH, Mosley BR, Rutherford CL Jr et al. Prostate cancer detection in a clinical urological practice by ultrasonography, digital rectal examination and prostate specific antigen. *J Urol* 1990; 143: 1146-1152.
11. Dorflinger T, Bruskewit RC, Jensen KME et al. Predictive value of low maximum flow rate in benign prostatic hyperplasia. *Urology* 1986; 27: 569-573.
12. Chancellor MB, Blaivas JG, Kaplan SA, Axelrod S. Bladder outlet obstruction versus impaired detrusor contractility: the role of uroflow. *J Urol* 1991; 145: 810-812.
13. Di Mare, Fish SR, Harper JM, Politano VA. Residual urine in normal male subjects. *J Urol* 1966; 96: 180-181.
14. Bruskewitz RC, Iversen P, Madsen PO. Value of post void residual urine determinations in evaluation of prostatism. *Urology* 1982; 20: 602-604.
15. George NJR, Feneley RCL, Roberts JBM. Identification of the poor risk patient with 'prostatism' and detrusor failure. *Br J Urol* 1986; 58: 290-295.
16. Ball AJ. Natural history of benign prostatic hyperplasia. *Prospectives* 1992; 3(2): 1-5.
17. Poston GL, Joseph AEA, Riddle PR. The accuracy of ultrasound in the measurement of changes in bladder volume. *Br J Urol* 1983; 55: 361-363.
18. McConnell JD, Barry MJ, Bruskewitz RC et al. Benign prostatic hyperplasia: diagnosis and treatment. Clinical Practice Guideline No. 8, AHCPR Publication No. 94-0582. Rockville, Md: Agency for Health Care. Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services, February 1994.
19. Holtgrewe HL, Mebust WK, Dowd JB et al. Transurethral prostatectomy: practice aspects of the dominant operation in American urology. *J Urol* 1989; 141: 248-253.
20. Kaplan SA, Te AE. Transurethral electrovaporization of the prostate: a novel method for treating men with benign prostatic hyperplasia. *Urology* 1995; 45: 566-572.
21. *J. Urol.* 148 (1992) jpp1549-1552.

EL AUTOR DECLARA NO TENER CONFLICTOS DE INTERÉS
CON LOS LABORATORIOS.