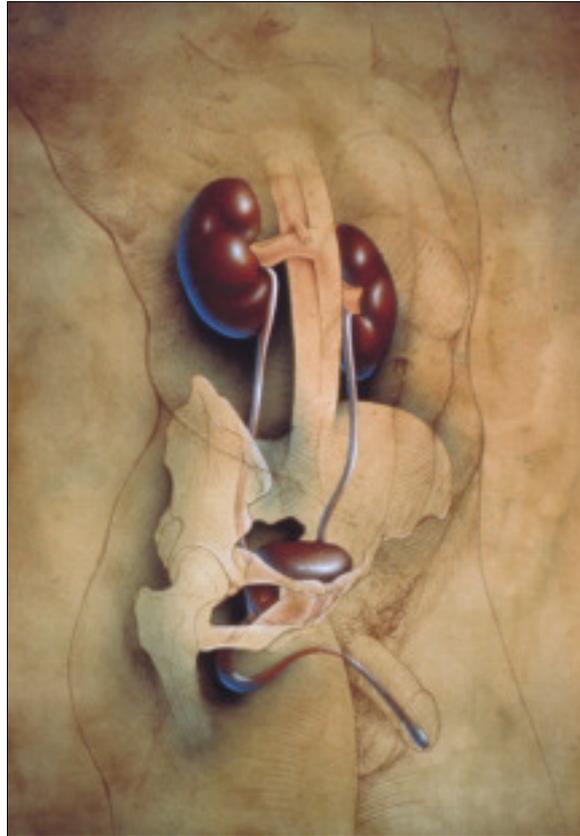


Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata

JOSÉ ANTONIO LOZANO

Farmacéutico comunitario. Máster en Información y Consejo Sanitario en la Oficina de Farmacia.



El concepto de hiperplasia benigna de próstata (HBP) ha sido introducido en nuestro medio recientemente, dejando apartados otros términos como el ampliamente utilizado adenoma de próstata. No se trata sólo de un cambio de nomenclatura, sino que esconde un concepto integrador de las tres vertientes desde las que puede ser contemplada la enfermedad prostática más común (40% de los varones mayores de 50 años). El autor aborda el diagnóstico y tratamiento de la HBP, por ser los dos aspectos que pueden interesar más al farmacéutico comunitario.

La próstata es un órgano impar y extraperitoneal localizado en el espacio pélvico. Su nombre deriva del griego y significa «el que está colocado debajo», ya que se sitúa justo por debajo del cuello vesical abrazando la uretra. Fue bautizada

con este nombre por Herófilo en el año 300 a.C. Se desarrolla con la edad y alcanza la maduración en la pubertad. Su función es básicamente sexual, participando en la formación de líquido seminal y la contracción en el momento de la eyaculación.

La próstata normal es un órgano musculoglandular: el 30% es masa muscular, situada en la parte anterior, y el resto es glándula, localizada en la parte posterior y lateral.

La HBP es el resultado del crecimiento no canceroso del tejido que

forma la próstata. No se conocen sus causas, pero parece estar relacionado con los cambios hormonales que se producen con el envejecimiento. A la edad de 60 años, la mitad de la población masculina tiene ya signos microscópicos de HBP y a la edad de 70 años, más del 40% tiene un aumento del tamaño de la próstata que se puede detectar con la exploración. El tamaño normal de la próstata es similar al de una castaña. Hacia los 40 años puede tener el tamaño de un albaricoque, y hacia los 60 años, el de un limón.

El aumento del tamaño prostático va unido al concepto histológico de la enfermedad, sin embargo, existen próstatas muy aumentadas de tamaño que cursan sin obstrucción y sin síntomas (y viceversa). Los síntomas de esta enfermedad son inespecíficos y pueden producirse en otras muchas afecciones urológicas. De todo esto se deduce que puede haber pacientes con síntomas y con agrandamiento prostático o con agrandamiento prostático sin síntomas o también, en los que coincidan ambas circunstancias y en cada caso puede existir, o no, obstrucción al flujo urinario (fig. 1).

La HBP es una de las enfermedades más frecuentes que presenta el varón de edad avanzada. Normalmente no afecta a la función sexual, pero el aumento de tamaño de la glándula produce presión sobre la vejiga urinaria y la uretra que dificulta el flujo de orina. La micción se inicia con dificultad, en forma de pequeñas gotas. También suele ser necesario orinar más frecuentemente y puede haber una necesidad imperiosa y urgente de orinar. Muchos varones necesitan levantarse varias veces durante la noche para orinar, otros tienen una sensación molesta producida porque la vejiga nunca se vacía completamente. Forzar el vaciado de la vejiga puede empeorar más las cosas: la vejiga se contrae, las paredes de la vejiga se engrosan y pierden elasticidad y sus músculos se vuelven menos eficientes. La acumulación de orina en la vejiga puede predisponer a las infecciones del tracto urinario e intentar forzar el chorro de orina sólo producirá presión hacia arriba, que puede acabar lesionando los riñones.

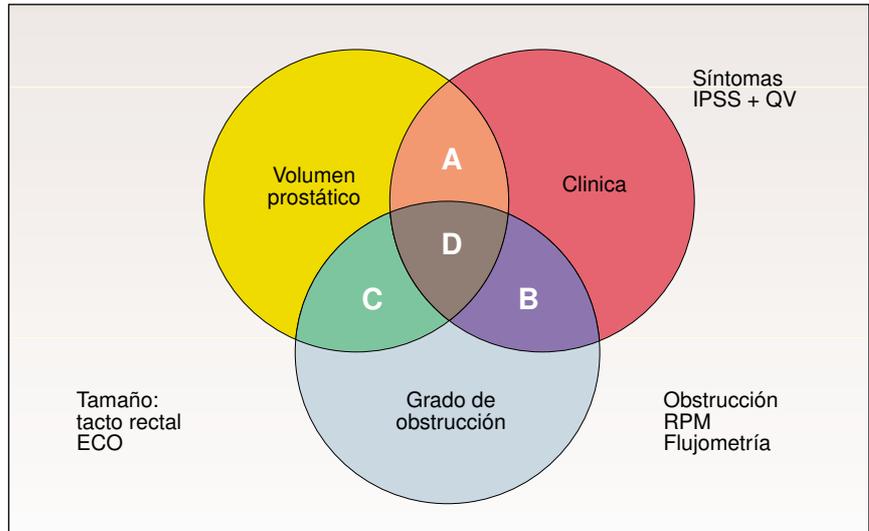


Fig. 1. Modelo de Hald: a) aumento de tamaño y síntomas sin obstrucción; b) síntomas y obstrucción sin aumento de tamaño; c) aumento de tamaño y obstrucción sin síntomas; d) aumento de tamaño, síntomas y obstrucción.

El bloqueo completo de la uretra es una emergencia médica que requiere la inmediata cateterización. Otras posibles complicaciones de la HBP son los cálculos y la hemorragia vesical.

Diagnóstico

A pesar del desconocimiento de la historia natural y la patogenia de la HBP, está claro que cada vez son más numerosas las consultas médicas referidas a problemas derivados del crecimiento tumoral de la próstata.

En los últimos años han aparecido nuevas modalidades terapéuticas, hecho que ha determinado un cambio en el tratamiento estándar de la HBP sintomática, relegando a la cirugía a un segundo término. Por consiguiente, es muy importante el diagnóstico de esta patología y el es-

tablecimiento de unos parámetros que permitirán realizar una correcta valoración del paciente para, posteriormente, establecer las indicaciones terapéuticas de la HBP.

Tradicionalmente, la sintomatología de la HBP se ha dividido en dos clases, síntomas obstructivos y síntomas irritativos (tabla 1). Los primeros derivan de la presencia de obstrucción infravesical y los segundos se producen en la mayoría de casos por la inestabilidad del detrusor. Casi tres cuartas partes de los varones con HBP presentan síntomas mixtos.

La aparición de sintomatología en las encuestas de población general está relacionada con la edad y la antigüedad de los síntomas en el momento de la primera visita que varía según los estudios. En cambio, la importancia de la clínica no parece estar relacionada con el tamaño real de la próstata. Los pa-

Tabla 1. Sintomatología de la HBP

Síntomas obstructivos	Síntomas irritativos
– Disminución del calibre y de la fuerza del chorro miccional	– Polaquiuria
– Interrupción o intermitencia del chorro	– Nicturia
– Disuria	– Imperiosidad o urgencia
– Prolongación del tiempo de vaciado vesical	– Sensación de vaciado incompleto
– Micción incompleta o por rebosamiento	– Incontinencia
– Goteo terminal	
– Retención de orina	

Tabla 2. Escala Internacional de Síntomas Prostáticos I-PSS (cuestionario)

	Ninguna	Menos de una de 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
1. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar su vejiga completamente después de orinar?	0	1	2	4	4	5
2. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar antes de las dos horas de haber orinado por última vez?	0	1	2	4	4	5
3. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha parado de orinar y empezado de nuevo durante la micción?	0	1	2	4	4	5
4. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	4	4	5
5. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha observado presentar un chorro de orina débil?	0	1	2	4	4	5
6. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que «esforzarse» o «apretar» para empezar a orinar?	0	1	2	4	4	5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 veces o más
7. 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	4	4	5
Puntuación total del I-PSS, S =						
Calidad de vida						
	Encantado	Aceptable	Bastante satisfecho	Igual de satisfecho que insatisfecho	Bastante insatisfecho	Desgraciado Terrible
Si tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo hace ahora, ¿cómo se sentiría?	0	1	2	3	4	5 6
Índice de calidad de vida, L =						

cientes con síntomas graves de obstrucción vesical pueden tener próstatas pequeñas y otros individuos sin clínica pueden tener próstatas grandes. Por ello, y dado que es difícil cuantificar la clínica miccional del prostatismo, es necesario utilizar una serie de sistemas de puntuación que permitan evaluar

la gravedad de los síntomas. Existen diferentes cuestionarios, pero el más comúnmente aceptado es la escala de valoración de síntomas con 7 preguntas, denominado por el comité de consenso sobre la HBP y patrocinado por la OMS (París, 1991) con el nombre de Valoración Internacional de Sínto-

mas Prostáticos (IPSS). A este cuestionario se le ha añadido una pregunta que concierne a la calidad de vida (tabla 2).

Como en cualquier patología, la anamnesis es básica para establecer el diagnóstico de sospecha. A partir de los datos obtenidos con la anamnesis se pueden descartar

otras patologías con clínica semejante a la HBP (tabla 3). A continuación se realizará una exploración física general y local para evaluar la próstata y la existencia de posibles complicaciones. Es fundamental que se realice una palpación abdominal para detectar importantes volúmenes residuales de orina y, como no, un tacto rectal. Mediante el tacto rectal se valora la morfología y consistencia de la próstata y a la vez se evalúa el tono del esfínter anal, para apreciar alteraciones neurológicas, siendo necesario por el mismo motivo observar el reflejo bulbocavernoso. Ahora bien, el tacto de forma exclusiva no permite una valoración exacta del tamaño, peso ni grado de obstrucción causado por la próstata. Por ello, se proseguirá el estudio mediante la práctica de una serie de exploraciones complementarias que incluyen un análisis de orina (mediante tira reactiva o cultivo) para descartar una posible infección urinaria, la determinación del PSA, la valoración de la función renal y un estudio ecográfico (transrectal y abdominal). La realización de una ecografía renovesical permitirá descartar posibles complicaciones (litiasis urinaria, divertículos vesicales, dilatación de vías urinarias, tumores renales o vesicales) y cuantificar el residuo posmiccional. La ecografía suprapúbica es un método sencillo que no tiene contraindicaciones ni riesgos y que permite estimar el volumen y la morfología prostática con bastante precisión. No obstante, la ecografía transrectal es mucho más exacta, por lo que se recomienda para este fin.

El PSA es una glucoproteína con peso molecular entre 33.000-34.000 Da producida en el epitelio de las células prostáticas. Se halla a elevadas concentraciones en el plasma seminal, donde interviene en la licuefacción del coágulo seminal producido tras la eyaculación. La concentración sérica normal de PSA en el varón sano joven es muy baja y se incrementa con la edad. Tradicionalmente, se aceptan como normales los valores de PSA entre 0 y 4 ng/ml. Su presencia en el suero a valores superiores a los normales pone de manifiesto la existencia de patología prostática.

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de la HBP

Hipertrofia del cuello vesical
 Estenosis uretral
 Detrusor hipocontráctil
 Hiperreflexia del detrusor
 Infección urinaria
 Litiasis vesical
 Cáncer vesical
 Cáncer de próstata
 Neuropatía diabética
 Alteración neurológica
 Cirugía o trauma pelviano
 Fármacos que alteran la función miccional

Sin embargo, el PSA está lejos de ser el marcador tumoral «perfecto», ya que también se ha detectado (aunque a concentraciones bajas) en otros tejidos no prostáticos. Además, tampoco se puede considerar un marcador específico de cáncer, dado que también aumenta en la HBP. En estos pacientes se ha visto que los valores son superiores cuando mayor es el volumen de la próstata o en presencia de complicaciones secundarias a la HBP. Se ha propuesto como dintel para diferenciar la HBP del cáncer de próstata los 10 ng/ml, pero un 10% de los individuos con HBP presentan valores de PSA superiores. Por ello, se han llevado a cabo diferentes estudios con el fin de detectar formas de PSA que permitan aumentar la especificidad de esta prueba.

Actualmente, la American Cancer Society y la American Urological Association recomiendan la realización anual de determinación del PSA y la práctica del tacto rectal en varones mayores de 50 años como métodos de cribado del cáncer prostático. Algunos autores consideran que en menores de 50 años sólo es aconsejable el cribado en individuos con elevado riesgo de presentarlo por la existencia de antecedentes familiares de cáncer. En este caso, inician el estudio a partir de los 40 años. Tampoco consideran justificable el cribado en varones de más de 70 años, exceptuando a aquellos en los que se prevé una expectativa de vida superior a los 10 años.

Con todos los datos obtenidos en las distintas pruebas (tabla 4), podemos establecer un diagnóstico correcto y determinar el tratamiento más adecuado para cada caso.

Terapéutica

El principal objetivo terapéutico, como en todo tratamiento, es aquel que obtiene una relación beneficio/efectos secundarios favorable. Para ello se divide a los enfermos con HBP en tres grupos: leve, moderado y grave.

En el grupo leve se engloba a aquellos pacientes con sintomatología cuantificada por el cuestionario IPSS inferior a 8, con poca repercusión

Tabla 4. Pruebas diagnósticas

Pruebas muy recomendadas durante la evaluación inicial

- Historia clínica
- Cuantificación de los síntomas. Cuestionario I-PSS y valoración de la calidad de vida
- Exploración física y tacto rectal
- Análisis de orina (tira reactiva)

Pruebas recomendadas

- Valoración de la función renal
- Antígeno prostático específico (PSA)
- Registro del índice de flujo
- Residuo posmiccional
- Diario miccional (gráfica frecuencia/volumen)

Pruebas opcionales

- Estudios de presión/flujo
- Estudios de imagen de la próstata mediante ecografía transabdominal o transrectal
- Estudios de imagen de la vía urinaria superior mediante ecografía o urografía intravenosa
- Endoscopia del tramo urinario inferior

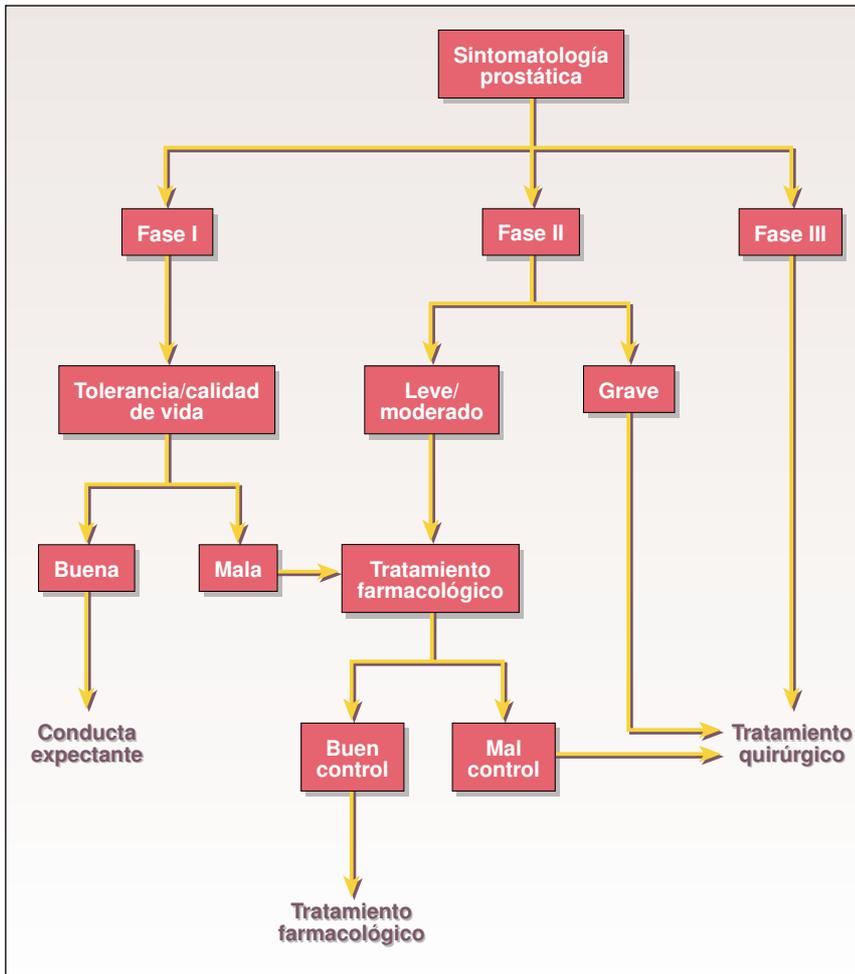


Fig. 2. Estrategia de tratamiento en la HBP (Fuente: Bobé F, et al. Tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata).

sión sobre la calidad de vida y sin signos obstructivos; el subgrupo de HBP moderada corresponde a los pacientes con IPSS 8-10, acompañado o no de un cierto grado de obstrucción, pudiendo tener repercusión sobre la calidad de vida. El grupo de HBP grave es aquel que presenta un IPSS superior a 19 y/o signos de obstrucción, con gran repercusión en la calidad de vida.

La estrategia de tratamiento, pues, dependerá de la gravedad de la sintomatología y del grado de obstrucción. Así, los pacientes con síntomas graves (IPSS > 20) y/o complicaciones derivadas de la obstrucción (insuficiencia renal, retención urinaria, litiasis vesical, infecciones urinarias recurrentes, hematuria, residuo posmiccional superior a 300 ml o divertículos vesicales) serán tributarios de tratamiento quirúrgico. Los pacientes que tengan una sintomatología leve y escasas molestias asociadas

pueden seguir una conducta expectante, mientras que los pacientes que presenten síntomas moderados o toleran mal una sintomatología leve serán tributarios de tratamiento médico.

En la figura 2 se muestra un esquema de la estrategia de tratamiento de la HBP.

Tratamiento farmacológico

Actualmente se dispone de tres grupos de fármacos para el tratamiento de la HBP: los bloqueadores alfa (doxazosina, terazosina, alfuzosina, tamsulosina), inhibidores de la 5-alfa-reductasa (finasteride) y fitoterapia (tabla 5).

Bloqueadores alfa

Actúan bloqueando los receptores alfa-1 en las fibras musculares del cuello vesical y el tejido prostático

con su consiguiente relajación, lo que lleva a un descenso de la resistencia al flujo urinario sin afectar negativamente a la contractilidad del detrusor. Su función se basa, pues, en disminuir el componente dinámico de la obstrucción prostática. Los bloqueadores alfa reducen el tono simpático de la musculatura del cuello vesical y de la próstata, mejoran la sintomatología y el flujo urinario máximo sin modificar el tamaño prostático.

Los bloqueadores alfa selectivos son capaces de conseguir un incremento del flujo urinario y mejorar la sintomatología en 2-3 semanas, por lo que constituyen un tratamiento de primera elección. Entre ellos están los bloqueadores selectivos de los receptores alfa-1, siendo menores los efectos indeseables que provocan al no bloquear los receptores del músculo liso en otras localizaciones. En este grupo figuran la prazosina, alfuzosina, terazosina y doxazosina. Un bloqueador alfa más reciente es la tamsulosina que presenta menos cantidad de efectos secundarios.

Los principales bloqueadores alfa utilizados para el tratamiento de la HBP son:

- *Prazosina*. Inicialmente utilizado para el tratamiento de la hipertensión arterial, en la actualidad no se usa en el tratamiento de la HBP por tener mayores efectos secundarios que los otros fármacos dentro de este grupo.

- *Terazosina*. Es uno de los bloqueadores con más estudios realizados. La dosis recomendada es de 5 mg/día y requiere ser instaurado en dosis progresiva desde 1 mg/día durante 4 semanas para minimizar el riesgo de hipotensión ortostática. Con respecto a la presión arterial produce cambios clínicamente insignificantes en pacientes normotensos y efectos hipotensores en hipertensos, siendo una buena opción terapéutica en pacientes con ambas enfermedades.

- *Doxazosina*. También utilizado en pacientes hipertensos. Inicialmente debía ser instaurado de forma progresiva, pero actualmente existe una nueva fórmula de 4 mg de liberación sostenida con el principio activo en un comprimido no absorbible gástricamente. Esto permite la

dosificación única diaria de 4 mg desde la primera toma. Estudios con dosis de 8 mg/día han logrado objetivar una mejoría sintomática significativamente adicional.

– *Tamsulosina*. Es un bloqueador selectivo alfa-1 y constituye, por tanto, el primer preparado «uroselectivo» dentro de su grupo. La menor afinidad por los receptores alfa-1B, situados en los vasos sanguíneos, le confiere una mayor seguridad cardiovascular. La posología es fija, 0,4 mg/día sin necesidad de incrementos progresivos, y parece que la mejoría de la sintomatología se puede alcanzar antes.

Aunque la respuesta terapéutica de los bloqueadores alfa como grupo es rápida y dependiente de la dosis, no hay estudios que demuestren la prevención de la progresión de la enfermedad, el desarrollo de complicaciones derivadas ni que reduzcan la necesidad de tratamiento quirúrgico definitivo.

Los efectos secundarios que presenta este grupo farmacológico son cefaleas, astenia, somnolencia, náuseas, congestión nasal, sensación vertiginosa e hipotensión ortostática, que constituye el peor tolerado, aunque se puede disminuir la percepción indeseable iniciando la posología en toma creciente vespertina.

Inhibidores de la 5-alfa-reductasa

Es el caso de finasteride, que induce una regresión del aumento del tamaño prostático y aumenta la velocidad del flujo urinario máximo, mejorando así la sintomatología del paciente. Como efectos secundarios, finasteride tienen una repercusión a largo plazo (mínimo 6 meses), provocando trastornos de la función sexual (disminución de la libido, disfunción eyaculatoria e impotencia y otros como ginecomastia, aumento de la sensibilidad mamaria y erupciones cutáneas) y disminuyendo los valores séricos de PSA (50%) sin modificar el porcentaje de PSA libre.

Los resultados de ensayos clínicos demuestran, a los 2 años, una mejoría clínica con diferencias significativas respecto a placebo y una menor incidencia de retenciones urinarias y cirugía prostática en el

Tabla 5. Tratamiento farmacológico de la HBP

<p><i>Bloqueadores alfa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Alfuzosina – Doxazosina – Tamsulosina – Terazosina <p><i>Extractos de plantas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Serenoa repens</i> – <i>Pygeum africanum</i> – Otros <p><i>Inhibidores de la 5-alfa-reductasa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Finasteride

grupo tratado con finasteride. Los resultados obtenidos en otro estudio permiten afirmar que la respuesta se mantiene en el tiempo. Así, a los 4 años no sólo hay una disminución de los índices sintomáticos y del volumen prostático y un aumento del flujo máximo (con diferencias estadísticamente significativas en todos los casos), sino también un menor porcentaje de cirugía prostática (el 10 frente al 5%) y retenciones urinarias (el 7 frente al 3%), lo que supone una reducción del riesgo de cirugía con finasteride del 55 y el 57%, respectivamente (estudio PLESS). Globalmente, un 13% de los pacientes con placebo y un 7% de los tratados con finasteride precisará cirugía o sondaje vesical por retención aguda de orina, con un beneficio real en el 6% de los pacientes.

Las próstatas de mayor tamaño responden de forma más favorable a un tratamiento dirigido a reducir su tamaño, tal como confirman los resultados de un metaanálisis de 6 estudios clínicos. El volumen prostático inicial, por consiguiente, es un factor predictivo en la respuesta al tratamiento, siendo finasteride particularmente eficaz en próstatas grandes (mayores de 40 ml). Por el

Tabla 6. Cirugía mínimamente invasiva

<ul style="list-style-type: none"> Dilatación con balón Prótesis endoprostática Ablación por láser Termoterapia e hipertermia Ablación prostática con aguja (TUNA) Cervicoprostatotomía



COMPOSICIÓN POR COMPRIMIDO:

Ácido acétil salicílico.....	500 mg.
Cafeína anhidra.....	50 mg.
Vitamina E1 (Cofactor de la amina, D.C.I.).....	2 mg.
Almidón de trigo exento de gluten.....	65.

ACCIÓN

El ácido acétil salicílico, es eficaz como antiinflamatorio y analgésico. La cafeína es un estimulante del Sistema Nervioso Central, frecuentemente asociada al ácido acétil salicílico, potenciando el efecto analgésico de éste. La incorporación de vitamina E1, previene su deficiencia en el organismo.

INDICACIONES

Procesos que cursan con dolor leve o moderado: dolores de cabeza, dentales y menstruales. Estados febriles.

POSOLÓGIA

Dosis media recomendada:
Adultos: 500 mg. (1 comprimido) cada 4-6 horas.
Niños: Seguir el criterio médico.
La administración del preparado está sujeta a la aparición de los síntomas dolorosos o febriles. A medida que estos desaparezcan, debe suspenderse esta medicación.

CONTRAINDICACIONES

Úlcera gástrico-duodenal o molestias gástricas de repetición. Alergia a salicílicos.
Hemorria o problemas de coagulación sanguínea.
Terapia conjunta con anticoagulantes orales.
Insuficiencia renal y/o hepática.

PRECAUCIONES

La ingesta de ácido acétil salicílico, entre otros efectos, se ha relacionado con el síndrome de Reye, enfermedad muy poco frecuente, pero grave. Por eso, se recomienda consultar al médico antes de administrarlo a niños y adolescentes en caso de procesos febriles, gripe o varicela. Si se presentaran vómitos o letargo debe interrumpirse el tratamiento y consultar inmediatamente al médico.

"IMPORTANTE PARA LA MUJER"

Si está usted embarazada o cree que pudiera estarlo, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. El consumo de medicamentos durante el embarazo puede ser peligroso para el embrión o el feto y debe ser riguroso por su médico.
En caso de administración continuada póngala en su médico u odontólogo, ante posibles interacciones quirúrgicas.
Afecta la barrera placentaria. No administrar las dos últimas semanas de embarazo.
Tratamientos prolongados y con dosis altas, pueden retrasar el parto. Se excreta en la leche materna.
No administrar sistemáticamente como preventivo de las posibles molestias originadas por vacunaciones.

INTERACCIONES

Puede potenciar el efecto de los anticoagulantes orales y antiárbicos orales. No administrar con fármacos potencialmente ulcerogénicos (alcohol, corticoides).

EFFECTOS SECUNDARIOS

Irritación gastrointestinal.
Erupciones cutáneas, dificultad respiratoria.
Somnolencia, vértigo.
La Cafeína puede ocasionar inestabilidad, excitación, temblores, náuseas y vómitos.

INTOXICACIÓN Y TRATAMIENTO

La sintomatología de sobredosificación incluye cefaleas, mareos, zumbido de oídos, visión borrosa, somnolencia, sudoración, náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea.
El tratamiento es sintomático, incluyendo emesis, lavado gástrico, administración de carbón activado.
En casos graves administración de cantidades adecuadas de líquidos intravenosos.
Hemodilisis en adultos y mayores y diálisis peritoneal en lactantes.
En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica, teléfono: 31 5520420.

PRESENTACIÓN

Blistér de 20 comprimidos y sobres de 4 comprimidos 0041-0

SIN RECETA MÉDICA
LOS MEDICAMENTOS DEBEN MANTENERSE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

LABORATORIOS PÉREZ GIMÉNEZ
Glorieta Farmacéutica Pérez Giménez, 114007 - CÓRDOBA



contrario, se tiene que considerar malos candidatos inicialmente al tratamiento con este fármaco a los pacientes con próstatas pequeñas. La variación de la respuesta al tratamiento con finasteride no se puede justificar exclusivamente por el tamaño prostático y tal vez sea el fiel reflejo de la naturaleza heterogénea de la enfermedad. Por otro lado, y de manera independiente, el clínico recomienda el tratamiento con finasteride como el de elección en pacientes con hematuria macroscópica recidivante secundaria a HBP.

Fitoterapia

El tratamiento fitoterapéutico consiste en la aplicación de extractos de plantas (*Pygeum africanum*, *Sere-noa repens*). No se conoce su mecanismo de acción, pero algunos estudios postulan que tienen efecto superior al placebo e incluso obtienen mejoras urodinámicas. *S. repens* parece actuar sobre el metabolismo de las prostaglandinas en cultivos de células prostáticas, y además modula la 5-alfa-reductasa humana, por lo que ha sido valorada en un estudio aleatorizado frente a finasteride en 1.098 pacientes, presentando una eficacia similar y una falta de correlación entre la intensidad de los síntomas y el tamaño de la próstata.

Tienen pocos efectos secundarios y representan un coste económico bajo.

Tratamiento quirúrgico

La resección transuretral de la próstata es el tratamiento quirúrgico más común de la HBP. Es un tratamiento eficaz, pero no perfecto. Aproximadamente un 20% de los pacientes intervenidos no se encuentran satisfechos con el resultado a largo plazo de la intervención. Las complicaciones incluyen un 70% de eyaculantes retrógrados, impotencia en un 5%, infecciones urinarias postoperatorias en un 5% y un grado variable de incontinencia en un 3% de los pacientes, así como persistencia de la sintomatología en un porcentaje variable de enfermos según los criterios de selección.

Por todo ello, es preciso que se establezca la indicación quirúrgica

en aquellos enfermos en los que realmente se va a mejorar la sintomatología. No se deben realizar intervenciones prematuras, pero por otra parte, no se deben retrasar en enfermos con una obstrucción grave en los cuales la progresión del deterioro del detrusor va a condicionar la persistencia de la sintomatología irritativa a pesar de haber solucionado la obstrucción prostática.

Existen una serie de indicaciones quirúrgicas absolutas como la retención urinaria recurrente, la presencia de infecciones urinarias de repetición, el desarrollo de uropatía obstructiva del tracto urinario superior y la hematuria grave.

Las terapias mínimamente invasivas (tabla 6) consiguen mejorar el flujo urinario hasta valores de desobstrucción, aunque siempre por debajo de la obtenida mediante resección transuretral o adenomectomía abierta. No obstante, constituyen una opción válida de tratamiento en aquellos pacientes con grave deterioro de su estado general, a los que se intenta ofrecer una alternativa al sondaje permanente y en los que la cirugía convencional supondría un importante riesgo quirúrgico. □

Bibliografía general

Baile A, Asua J, Albisu A. Hiperplasia benigna de próstata. Variabilidad de práctica y guía de actuación basada en la evidencia científica. *Atención Primaria* 1999;23(3):142-50.

Berkow R, Fletcher AJ, et al. *El manual Merck*. Barcelona: Doyma, 1989;1808-9.

Bobé F, et al. Tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. *FMC* 2002;9(4):290-9.

Giménez Serrano S. Patologías de la próstata. *Farmacia Profesional* 2003;17(1):39-43.

Orejas V. Aspectos actuales en el diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata. *Jano* 2001;60(1375):78-82.

Ribal MJ, Alcaraz A. Consulta diaria. ¿Qué haría usted ante una hiperplasia benigna de próstata? *Medicina Integral* 2000;35(07):302-7.

Sebastián L. Adenoma de próstata. Situación actual. *Jano* 1999;56(1305):57-63.

Vela R. Hiperplasia benigna de la próstata, ¿una patología médico-quirúrgica? *Jano* 2001;61(1395):38-41.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Hidroxil B12 - B6 - B1. Las vitaminas a altas dosis no sólo constituyen una terapéutica sustitutiva sino que también adquieren una acción farmacológica peculiar de efectos terapéuticos inusitados. Ello exige la administración conjunta de otras vitaminas con conexión funcional metabólica, por cuanto el empleo aislado de una de ellas puede ocasionar déficits parciales de las demás. Todos estos nuevos conceptos tienen su traducción práctica en el Hidroxil B12 - B6 - B1. Efectivamente, esta asociación triple proporciona beneficios terapéuticos superiores a los obtenidos por suma de los efectos parciales de cada una de ellas. Ello se explica por la intervención simultánea y conjunta en numerosos sistemas enzimáticos (cerebrales, antitóxicos, anabólicos, etc.) lo que unido a las altas dosis utilizadas de cada una de ellas garantiza la eficacia terapéutica en sus múltiples aplicaciones. **COMPOSICIÓN POR COMPRIMIDO:** Hidroxocobalamina (DC) clorhidrato 500 mcg, Piridoxina (DC) clorhidrato 250 mg, Tiamina (DC) clorhidrato 250 mg. **Excipientes:** Copolímero polivinilpirrolidona-polivinil acetato 60M0, carboximetilalmidón, estearil fumarato sódico, hipromelosa, dióxido de titanio (E-171), glicerol (E-422), talco, etilcelulosa, oleato de sorbitano, lac rojo certolake eritrosina (E-127) y lac aluminica naranja (E-173). **INDICACIONES:** Dadas las múltiples intervenciones en los distintos metabolismos y su actividad poliestérica, Hidroxil B12 - B6 - B1 está indicado en: procesos reumáticos del tipo de las artrosis, lumbalgias, reumatismos musculares, polineuritis, ciáticas, radiculitis, síndromes post-encefálticos, post-hemipléjicos, etc. Independientemente de estas indicaciones neurológicas, también es de gran utilidad en otros campos patológicos de la medicina interna y especialidades: anorexia, astenia, miocardosis, arterioesclerosis, hepatopatías, anemias, convalecencias, afecciones dermatológicas (eczema), etc. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** A las dosis recomendadas es excepcional la presentación de efectos secundarios. Raramente pueden presentarse náuseas, vómitos y erupción cutánea que ceden con la suspensión del preparado. En personas alérgicas a la vitamina B1, pueden aparecer fenómenos de hipersensibilidad. **CONTRAINDICACIONES:** No se debe administrar en personas hipersensibles a la vitamina B1. **ADVERTENCIAS: IMPORTANTE PARA LA MUJER:** Si está usted embarazada o cree que pudiera estarlo, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. El consumo de medicamentos durante el embarazo puede ser peligroso para el embrión o feto y debe ser vigilado por su médico. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento por contener glicerol como excipiente puede ser perjudicial a dosis elevadas. Puede provocar dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea. **INTERACCIONES:** No se han descrito. **INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito. **DOSIS:** Como dosis promedio de 1 a 3 comprimidos al día. Es preferible que los comprimidos se traguen enteros. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** La administración repetida de vitamina B1 puede provocar en casos raros, la aparición de hipersensibilidad tardía que se combatirá con adrenalina o noradrenalina (en casos graves), o glucocorticoides inyectables, antihistamínicos, etc. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 915 620 420. Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización: ALMRALL PRODESARMA, S.A. General Mitre, 151 08022-Barcelona (España). Presentación y P.V.P (IVA M.R.): HDROXIL® B12-B6-B1, envase de 30 comprimidos: 5,89€. Sin receta médica. Especialidad no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Fecha de revisión: Enero 2003.

BIBLIOGRAFIA: 1. Stracke H, y col. A Benfotiamine-vitamin B combination in treatment of diabetic polyneuropathy. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 104 (1996) 311-316. 2. Fujii A, y col. Effect of vitamin B complex on neurotransmission and neurite outgrowth. *Gen Pharmacol*. 1996 Sep;27(5):995-1000.

