

Hipertrofia benigna de próstata: delimitación entre la enfermedad y la simple manifestación del proceso de envejecimiento

Ignacio Pereira Sanz y Manuel Fernández Arjona

Servicio de Urología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. España.

El término hipertrofia benigna de próstata (HBP) describe un proceso de proliferación de elementos celulares de la próstata, su crecimiento y una serie de alteraciones en el vaciado vesical como resultado de este crecimiento y del proceso obstructivo generado.

Histológicamente se trata de un proceso de proliferación estromal y epitelial, que se origina en la zona periuretral y zonas transicionales de la próstata. Es un fenómeno insalvable en las personas de edad avanzada, ya que todos los varones, en mayor o menor medida, sufrirán este proceso. Aproximadamente el 90% de los varones presenta manifestaciones histológicas de HBP a los 80 años¹.

Los síntomas que los varones presentan como resultado de este agrandamiento prostático son variables. Se ha demostrado que el tamaño depende de la edad, aunque también que los síntomas no se correlacionan exhaustivamente con el tamaño. Entre los 40 y 80 años la próstata tiene un volumen correspondiente a 20-60 g².

Con los datos anteriormente mencionados, a la pregunta de si la clínica que un paciente presenta es debida a la edad o bien a un proceso patológico como la HBP, se podría responder empleando los diferentes sistemas de diagnóstico actuales que nos permiten diferenciar al respecto³; sin olvidar la suma de enfermedades, como infecciones urinarias, Parkinson y estenosis de uretra, entre otras, que son frecuentes a estas edades.

Hoy en día, considerar que los síntomas del tracto genitourinario que presentan los varones de edad avanzada son sólo debidos a una obstrucción del flujo de salida vesical por un aumento de la próstata, resulta una simplificación^{4,5}. Estudios realizados en poblaciones de Estados Unidos y Japón han demostrado que los japoneses tienen un menor tamaño prostático y un flujo de salida mayor; sin embargo, la clínica es más intensa en ellos⁶.

Debemos asumir por lo tanto que habrá otros factores, además del tamaño prostático y el flujo urinario, que contribuyan a la severidad de la HBP y nos permitan diferenciar lo patológico de lo que no lo es.

Hay estudios que indican una mala regulación en los receptores alfa-1 de la próstata en pacientes que presentan una clínica severa, mientras que en los asintomáticos no existiría esta desregulación⁷. Otros autores proponen que la mayor proporción de células estromales respecto a las epiteliales está relacionada con una clínica florida en pacientes con HBP⁸. Por otro lado, Lepor et al⁹ demostraron que las concentraciones de catecolaminas no se relacionaban directamente con la clínica prostática como otros autores habían indicado.

Recientes estudios sí han demostrado de manera estadísticamente significativa que la densidad de tejido muscular liso prostático contribuye a la severidad de la obstrucción vesical, así como en la mejoría que experimentan estos pacientes al tratarlos con bloqueadores alfa¹⁰.

En cuanto al tamaño prostático, se ha dicho que los pacientes con un mayor volumen tendrían un riesgo mayor de presentar una retención aguda de orina¹¹. Esto probablemente es así, pero en pacientes tratados con inhibidores de la 5-alfa-reductasa, que disminuyen el volumen prostático, no se ha encontrado una clara prevención de esta posible complicación¹².

De todo lo anteriormente comentado se puede deducir que desconocemos de qué dependen exactamente los síntomas de la HBP, ya que tan sólo tenemos indicios indirectos de factores que pueden colaborar y de medidas terapéuticas que mejoran esos síntomas. Hoy en día, esta realidad de la hiperplasia benigna de próstata se complica aún más en personas de edad avanzada cuando intervienen procesos como enfermedad de Alzheimer, diabetes, hipertensión, estenosis uretrales, etc.

El problema de la valoración cuantitativa de los síntomas se puede resumir en un estudio realizado por Lepor y Machi¹³, en el que aplicaron el cuestionario de la Asociación Americana de Urología a un grupo de varones y mujeres de edad avanzada. Sorprendentemente, se encontró que no había diferencias entre las respuestas de los varones y las mujeres; todos tenían síntomas parecidos, agrupados en lo que definimos como prostatismo leve, moderado y severo, lo que demuestra que la clínica característica del prostatismo no parece específica de la HBP. Por tanto, el vacia-

miento vesical incompleto y las infecciones urinarias son habituales en mayores de 50 años, sin que haya evidencia de HBP.

Sin embargo, se puede realizar una aproximación a este tipo de pacientes para poder saber con bastante fiabilidad cuándo estamos ante un proceso natural de envejecimiento, con la concomitancia de diversas complicaciones, y cuándo nos encontramos ante un problema de micción ocasionado por la HBP:

1. Hay un grupo de manifestaciones clínicas originadas por la HBP que son claramente patológicas, como la retención aguda de orina, la infección urinaria de repetición o la insuficiencia renal. No cabe duda de que ante este tipo de manifestaciones debemos actuar de manera inmediata, considerando que son producidas por la hiperplasia prostática.

2. Debemos conocer los síntomas generales ocasionados por la próstata e intentar objetivar lo que, en principio, es subjetivo. Para ello disponemos de diversas tablas como el IPSS¹⁴, que determina varios síntomas prostáticos e intenta dar una puntuación a cada uno en función de su severidad. Así, se interroga a los pacientes sobre tenesmo vesical, polaquiuria diurna, de frecuencia inferior a 2 h, estranguria, urgencia miccional, debilidad del chorro, retraso inicial y nicturia. Cada parámetro puede puntuarse de 0 a 5 y cuando en un paciente la suma de todos es superior a 18, se considera que tiene prostatismo severo; moderado si está entre 8 y 18 y leve si es de 7 o inferior. Como es natural, la subjetividad en este tipo de encuestas es alta, ya que aquello que para un paciente es importante no lo es para el otro. Así, el tratamiento depende en ocasiones de cómo viva el paciente su propia enfermedad

3. Disponemos de distintas pruebas que nos ayudan a saber cuándo un varón tiene una afección prostática. La ecografía permite conocer el tamaño prostático, lo que es muy útil para elegir la vía quirúrgica en el caso de que sea necesario operar, pero también nos informa de litiasis vesical, dilatación de uréteres y pelvis renal, o residuo posmiccional, que serán datos claramente patológicos en un paciente de edad avanzada. La flujometría nos permite conocer el flujo miccional, que si es mayor de 15 ml/s será normal, pero si es menor, puede que nos encontremos ante un problema prostático o bien ante un problema vesical o uretral, para lo que será necesario realizar un test de presión de flujo.

4. Disponemos de otras pruebas menos sistemáticas que en ocasiones son necesarias para discernir si la clínica del paciente se debe a un problema prostático o de otro tipo. Entre ellas destacaremos la urografía intravenosa y la urodinamia.

Con estos 4 puntos previamente desarrollados podemos diagnosticar con fiabilidad a un paciente prostático, sin olvidar que los puntos de corte descritos en las distin-

tas pruebas deben ser interpretados, y que la vivencia de cada paciente frente a los síntomas es diferente. Además disponemos de otra posibilidad para discernir lo patológico del puro proceso de envejecimiento, como es la respuesta a los diversos tratamientos.

Es evidente que pacientes que presenten clínica fundamentalmente obstructiva (retraso inicial, chorro débil, estranguria, tenesmo) se beneficiarán del tratamiento con bloqueadores alfa. Además, son pacientes en los que la resección transuretral o adenomecctomía suprapúbica, si precisan cirugía, va a resultar muy beneficiosa. Finalmente, los fármacos inhibidores de la 5-alfa-reductasa también ayudarán a mejorar el cuadro clínico. En aquellos que presentan una clínica de tipo irritativo (disuria, polaquiuria) la mejoría es más relativa, aunque también pueda observarse.

En resumen, hoy en día podemos realizar una aproximación bastante fiable al paciente con hiperplasia benigna de próstata, para conocer si los síntomas que presenta son debidos a su próstata, a pesar de las dificultades en el conocimiento de la fisiopatología prostática, de la subjetividad intrínseca de esos síntomas y de la concurrencia de enfermedades que clínicamente pueden interferir con los síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC. The development of human prostatic hyperplasia with age. *J Urol.* 1984;132:474-9.
2. Oesterling JE, Jacobsen SJ, Chute CG. Serum prostate-specific antigen in a community-based population of health men: establishment of age specific reference ranges. *JAMA.* 1993;270:860-4.
3. Barry MJ, O'Leary MP. The development and clinical utility of symptom scores. *Urol Clin N Am.* 1995;22:229-307.
4. Girman CJ, Jacobsen SJ, Guess HA. Natural history of prostatism: relationship among symptoms, prostate volume and peak flow rate. *J Urol.* 1995;153:1510-5.
5. Barry MJ, Cockett ATK, Holtgreve HL. Relationship of symptoms of prostatism to commonly used physiological and anatomical measures of severity of benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 1993;150:351-8.
6. Tsukamoto T, Kumamoto Y, Masumori N. Prevalence of prostatism in Japanese men in a population-based study with comparison to a similar American study. *J Urol.* 1995;154:391-5.
7. Gup DI, Shapiro E, Barman M. Autonomic receptors in asymptomatic and symptomatic BPH. *J Urol.* 1990;143:179-85.
8. Shapiro E, Beccih MJ, Lepor H. The relative proportion of estromal and epithelial hyperplasia as related to the development of clinical BPH. *J Urol.* 1992;147:1293-7.
9. Lepor H, Shapiro E, Browsher R. Tissue norepinephrine levels in prostate adenomas from men with symptomatic and asymptomatic BPH. *J Urol.* 1990;144:1263-6.
10. Shapiro E, Hartano V, Lepor H. The response to alpha blockade in benign prostatic hyperplasia is related to the percent area density of prostate smooth muscle. *Prostate.* 1992;21:297-307.
11. Jacobsen SJ, Jacobson DJ, Girman CJ. Natural history of prostatism: risk factor for acute urinary retention. *J Urol.* 1997;158:481-7.
12. McConnel JD, Bruskevitz R, Wals PC. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med.* 1998;338:557-63.
13. Lepor H, Machi G. A comparison of the AUA symptoms index in unselected males and females between the ages of 55-79 years of age. *Urology.* 1993;42:36-45.
14. Barry MJ, Fowler FJ, O'Leary MP. The American Urological association symptom index for benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 1992;148:1549-58.