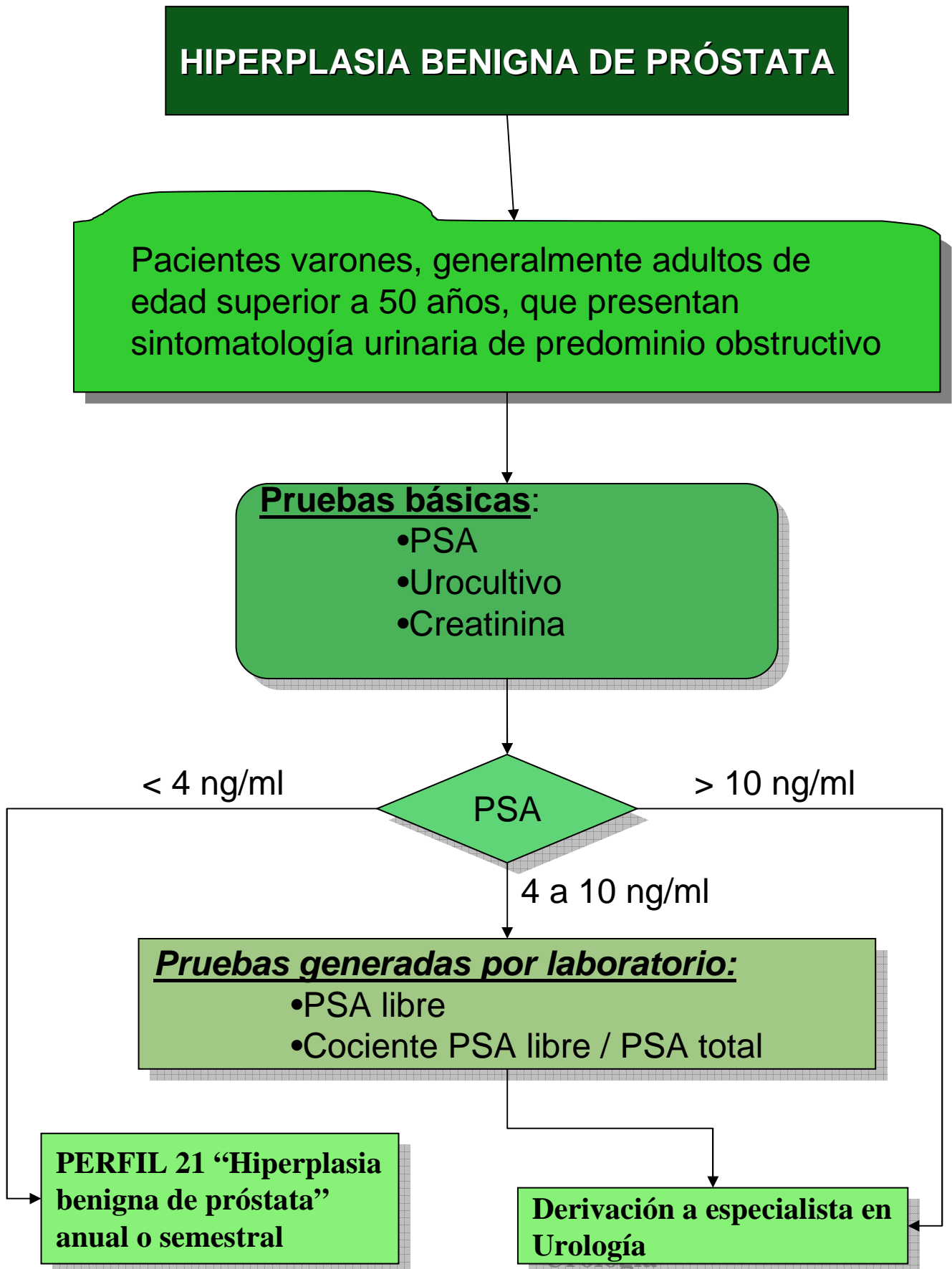


CAPÍTULO 9. HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

Algoritmo 27: Hiperplasia Benigna de Próstata



CAPITULO 9.

HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA.

ÍNDICE.

- [1. INTRODUCCIÓN.](#)
- [2. OBJETIVO.](#)
- [3. POBLACIÓN DE ESTUDIO.](#)
- [4. PRUEBAS INCLUIDAS.](#)
- [5. FUNDAMENTOS.](#)
- [6. BIBLIOGRAFÍA:](#)

1. INTRODUCCIÓN.

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es el tumor benigno más frecuente en varones mayores de 50 años. Su incidencia aumenta con la edad. Se manifiesta habitualmente como un cuadro obstructivo, con síntomas irritativos asociados durante la emisión de orina y no es infrecuente la falta de correlación de la sintomatología con el aumento de tamaño de la glándula.

La similitud clínica con los procesos neoplásicos malignos así como la necesidad de establecer el diagnóstico diferencial con otras patologías o descartar posibles complicaciones hacen necesario unas determinaciones analíticas básicas en el estudio del paciente con síntomas sugestivos de HBP.

Este protocolo **no está indicado** para la realización del screening de cáncer de próstata en población asintomática, actuación preventiva controvertida en el momento actual y que precisa de una valoración individual con información previa detallada sobre sus beneficios e inconvenientes.

2. OBJETIVO.

Definir las pruebas diagnósticas mínimas necesarias para la valoración del paciente con sospecha clínica de HBP que permitan su diagnóstico diferencial con otras patologías y descartar la aparición de complicaciones.

3. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Pacientes varones, generalmente adultos de edad superior a 50 años y menores de 70, que presentan sintomatología urinaria de predominio obstructivo o antecedentes familiares directos de carcinoma de próstata.

4. PRUEBAS INCLUIDAS.

4.1 Pruebas incluidas:

- ü Urocultivo.
- ü Creatinina plasmática.
- ü Antígeno prostático específico (PSA).

4.2 Pruebas generadas por el laboratorio:

- ü Si PSA entre 4 y 10 ng/mL el laboratorio generará:
 - § PSA libre.

§ Cociente PSA Libre / PSA Total.

5. FUNDAMENTOS.

Urocultivo:

Su principal utilidad en este caso sería la de establecer el diagnóstico diferencial con la infección urinaria que puede manifestarse en ocasiones como síndrome obstructivo predominante.

La presencia de una infección urinaria puede elevar artificialmente el PSA.

Creatinina plasmática:

Permite la evaluación de la función renal. Su aumento por hidronefrosis secundaria a la HBP sería indicativa de tratamiento quirúrgico.

PSA:

Glucoproteína sérica órgano específica pero **no específica de cáncer**. Diferentes comités de expertos la consideran una prueba opcional fundamentalmente en personas mayores de 70 años y recomiendan que se debería solicitar en pacientes sintomáticos con una expectativa de vida superior a 10 años. Su principal utilidad es la valoración de una posible neoplasia asociada. Su sensibilidad varía según los diferentes estudios pero oscila alrededor del 80% y su valor predictivo positivo es del 32%.

El consumo de fármacos como finasteride y bloqueadores de los receptores androgénicos pueden dar lugar a una disminución de sus niveles. La eyaculación reciente (se recomienda abstinencia dos días antes de su determinación), instrumentación urológica o infecciones agudas del tracto urinario pueden dar lugar a aumentos de PSA.

La decisión de efectuar exploraciones complementarias asociadas en pacientes con valores dudosos (4-10 ng/mL) podría apoyarse en la determinación del PSA libre, ajuste del PSA por edad, PSA densidad y PSA velocidad, pruebas que se utilizan en la práctica como ayuda para la toma de decisiones pero para las que no se dispone en la actualidad de estudios que avalen su efectividad.

Nivel de PSA (ng /mL)	Interpretación clínica
< 4	Baja probabilidad de carcinoma
4 - 10	Carcinoma en 17-26% de casos
10 - 59	Carcinoma en 66% de casos
>60	Carcinoma con metástasis

Tabla 1. Interpretación clínica de los niveles de PSA.

Se considera indicativo de realizar pruebas complementarias (eco transrectal + biopsia) en los siguientes casos:

- PSA libre con un valor inferior al 20% con respecto al total.
- PSA densidad con valor superior al 15% (relación de los valores del antígeno con tamaño prostático obtenido por ecografía transrectal).
- PSA velocidad: aumento de la glucoproteína superior a 0,75 ng/mL (o 20%) respecto a previa en un periodo de 12 meses.

Es conveniente derivar al Servicio de Urología a todo paciente con PSA superior a 4 ng/mL para

su valoración individual. Ante valores de PSA entre 4 - 10 ng/mL, el laboratorio cuantificará el PSA libre e informará de la relación PSA libre / PSA total ([Algoritmo 27](#)).

En pacientes con PSA < 4ng/mL la periodicidad del seguimiento no esta claramente definida aunque suelen recomendarse controles semestrales o anuales.

La petición del PSA está indicada en los pacientes varones mayores de 50 años con síntomas urinarios de predominio obstructivo y en los menores de 40 años con antecedentes familiares de cáncer prostático. En este último caso sólo se solicitará el PSA.

6. BIBLIOGRAFÍA:

Mc Conell JD. Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. American Urological Association inc. Office of Education. 1995.

U.S. Preventive Services Task Force (ASPSTF). Screening for prostate in cancer. In: Guide to clinical preventive services. 2ª Ed. Baltimore (MD): Williams & Wilkins 1996 0 119-34.

Bellas B, Cierco P, González J, Martín N, Melús E, et al. Prevención de cáncer. PAPPS actualización 2001. Aten Primaria 2001; 28 (Supl 2): 42-71.

Jiménez Cruz JF. Cáncer de próstata. En: Urología geriátrica. Aula Médica. Madrid 1999.