

HIPERPLASIA DE PRÓSTATA Y CÁNCER DE PRÓSTATA

Término histológico que involucra **crecimiento prostático**, causando construcción vesical y resaltando en síntomas del tracto urinario inferior (STUI)

- Proliferación en zona de **transición**

ETIOLOGÍA

- Multifactorial
 - Hereditario
 - Hormona
 - Metabólico



EPIDEMIOLOGÍA

- Tumor benigno más frecuente en Hombre > 50 años
- Hombre > 75 años, el 50% tienen STUI
- Primer causa de consulta en urología

CLÍNICA

SÍNTOMAS ALMACENAMIENTO	SÍNTOMAS DE VACIAMIENTO	SÍNTOMAS POSTMICCIONALES
Frecuencia (Poliaquiuria)	Disminución fuerza	Goteo
Urgencia	Disminución calibre	Sensación de vaciado incompleto
Nicturia	Disminución del flujo	

DIAGNÓSTICO

1. STUI realizar **Tacto rectal**
2. Clasificar por IPSS
 - a. 1-7 leve seguimiento
 - b. 8-19 moderada..... Laboratorios
 - c. 20-35 severa
3. EGO y **APE**
 - a. 4-10 ng/l PSA libre
 - b. > 10 ng/dl **biopsia**
4. USG abdominal (para medir el volumen urinario postmiccional)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INICIAR TRATAMIENTO EN IPSS > 8

1. **Tamsulosina** (bloqueadores alfa 1) primera línea - alivia st rápido y se mantiene después de 6-12 meses
2. **Finasteride** (inhibidores alfa 5 reductasa) px con crecimiento prostático > 40 ml (**disminuye el tamaño prostático**) - mejora st hasta 3-6 meses
3. **Antimuscarínicos** (para síntomas de **vaciamiento y almacenamiento**)
4. Análogos desmopresina (poliuria nocturna y nicturia)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- **Resección transuretral prostática (RTUP) bipolar**
 - Elección en < 80 ml
- **Prostatectomía abierta**
 - Elección > 80 ml
 - Litiasis
 - Divertículo vesical

Indicación

- IPSS > 8 con falla al tx farmacología

CÁNCER DE PRÓSTATA

Proliferación incontrolada de células epiteliales, **adenocarcinoma**

Localización periférica 95%

EPIDEMIOLOGÍA

- > 50 años
- Antecedentes familiares primer grado (**GEN HPC1**)
- Raza negra
- Prostatitis, obesidad y tabaquismo

CLÍNICA

- Inespecífica, aparece años después
- Dolor óseo
- Compresión medular en METS

CLASIFICACIÓN

Riesgo **bajo**: APE <10 / Gleason <7 / T1-T2a

Riesgo **intermedio**: APE 10-20 / Gleason 7 /T2b

Riesgo **alto**: APE > 20 / Gleason 8-10 / >T2c



TAMIZAJE (APE) + tacto rectal

Se indica en:

- 40-50 años + Factores de riesgos (antecedente familiar y raza negra)
- > 50 años
- Detener tamiz a los 70 años

APE sin factores de riesgo

- APE < 2.5 ng/dl cada 2 años
- APE 2.5 - 3 ng/dl cada año
- APE > 3 ng/dl repetir de nuevo dentro de 1-3 meses
 - APE > 3 repetir de nuevo
 - > 3 solicitar % de APE libre
 - APE > 5 ng/dl en **dos** ocasiones >> realizar **biopsia** transrectal por usg
 - APE > 5.5 ng/dl en **segunda** toma **biopsia**
 - APE > 2.5 ng/dl y APE libre < 25% libre **biopsia**
 - APE > 10 ng/dl **biopsia**

APE con factores de riesgo

- APE > 2.5 repetir APE y sacar % APE libre

DIAGNÓSTICO

- **Biopsia transrectal (dx definitivo)**
- APE (Tamizaje)
- Tacto rectal (Nódulos firmes o duros)
- TAC (**estadifica**)
- **Gammagrama óseo (METS)**
- Escala de Gleason (grado de diferenciación)

TRATAMIENTO

- **Prostatectomía Radical** independiente de en qué estadio este

METS:

- Tratamiento **hormonal** / castración hormonal (**análogos de GNRH**)
 - **Goserelina** o leuprorelina + **docetaxel**