

Qué hacer y qué no hacer para mejorar el control de la hiperplasia benigna de próstata

medifichas

✓ Qué hacer

- 

Las guías de práctica clínica consideran **obligatorio realizar** —como mínimo— las siguientes exploraciones para diagnosticar la HBP¹:

 - Anamnesis detallada
 - Exploración física completa, sobre todo abdominogenital, que incluya un tacto rectal
 - Análisis de orina (tira reactiva o sedimento)
- 

Es razonable mantener una conducta expectante en los hombres con síntomas leves de vías urinarias bajas debidos a la HBP².
- 

Ofrecer **bloqueantes α** como tratamiento de primera línea a los hombres con HBP moderada o grave y volumen prostático <40 ml¹.
- 

Ofrecer un tratamiento combinado con un bloqueante α y un 5-ARI a los hombres con síntomas de vías urinarias bajas moderados o graves con más riesgo de progresión de enfermedad³ (>12 meses según la guía europea³ y 4-7 años según un consenso elaborado por varias sociedades científicas españolas¹).

Factores de riesgo de progresión de la HBP

Asociación Europea de Urología ³	Consenso español para el abordaje de la HBP ¹
<ul style="list-style-type: none"> • Volumen prostático >40 ml • PSA >1,4 ng/ml • Edad avanzada • Residuo posmiccional elevado • Descenso del flujo máximo 	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen prostático ≥30 ml • PSA ≥1,5 ng/ml

- 

Ofrecer un tratamiento combinado con un bloqueante α y un antagonista de los receptores muscarínicos a los hombres con síntomas de vías urinarias bajas moderados o graves si el alivio de los síntomas de llenado es insuficiente con cualquiera de los dos fármacos en monoterapia³.
- 

Evaluar a los pacientes 4-12 semanas después de empezar el tratamiento —a no ser que haya algún acontecimiento adverso que justifique adelantar la visita— para valorar la respuesta al tratamiento⁴. La reevaluación debe incluir el IPSS y, además, se podría solicitar el residuo posmiccional y una flujometría^{3,4}.

- 

Solicitar una ecografía abdominal a los pacientes con HBP en quienes se sospechen complicaciones¹:

 - Sospecha de residuo posmiccional patológico
 - Sospecha de uropatía obstructiva
 - Sospecha de patología neuropática
 - Sintomatología grave
 - Macrohematuria o microhematuria
 - Globo vesical
 - Antecedentes de urolitiasis

- 

Derivar a los pacientes con HBP o síntomas de vías urinarias bajas a Urología si presentan alguna de las siguientes características¹:

 - Sospecha de cáncer de próstata:
 - Tacto rectal patológico o PSA >10 ng/ml
 - PSA entre 4 y 10 ng/ml y cociente PSA libre/PSA total <20 %
 - Diagnóstico incierto
 - Urolitiasis
 - Divertículos vesicales
 - Hematuria persistente
 - Signos de retención crónica de orina
 - Retención aguda de orina
 - Residuo posmiccional >150 ml
 - Función renal alterada con sospecha de uropatía obstructiva, creatinina >1,5 mg/dl o filtrado glomerular alterado secundario a la obstrucción

✗ Qué no hacer

- 

No hay que basarse solo en criterios clínicos subjetivos para determinar la gravedad y el riesgo de progresión de la HBP. A pesar de sus limitaciones —como la baja reproducibilidad—, se debe utilizar el IPSS, ya que los criterios clínicos pueden subestimar la gravedad de la enfermedad^{5,6}.
- 

No se recomienda solicitar las siguientes exploraciones complementarias para diagnosticar la HBP, ya que no existen datos suficientes de que aporten beneficios¹:

 - Citología
 - Cistoscopia
 - Ecografía transrectal
 - Urografía endovenosa
 - Tomografía axial computarizada
 - Resonancia nuclear magnética

5-ARI: inhibidores de la reductasa 5α; HBP: hiperplasia benigna de próstata; IPSS: escala internacional de síntomas prostáticos; PSA: antígeno prostático específico.

descárgate más medifichas en www.almirallmed.es

1. Brenes Bermúdez FJ, Brotons Muntó F, Cozar Olmo JM, Fernández-Pro Ledesma A, Martín Jiménez JA, Martínez-Berganza Asensio ML, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata. Med Gen y Fam. 2019; 8 (Supl. 1): 1-30. Disponible en: <https://mgyf.org/criterios-de-derivacion-en-hiperplasia-benigna-de-prostata-para-atencion-primaria-5g-4a-ed/>

2. Langan RC. Benign Prostatic Hyperplasia. Prim Care Clin Off Pract. 2019;46(2):223-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31030823/>

3. Gravas S, Cornu JN, Gacci M, Gratzke C, Herrmann TRW, Mamoulakis C, et al. European Association of Urology Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). 2022 [citado 15 jul 2022]. Disponible en: <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>

4. Lerner LB, McVary KT, Barry MJ, Bixler BR, Dahm P, Kumar Das A, et al. Management of Benign prostatic Hyperplasia/Lower Urinary Tract Symptoms: American Urological Association Guideline 2021 [citado 15 jul 2022]. Disponible en: [https://www.auanet.org/guidelines/guidelines/benign-prostatic-hyperplasia-\(bph\)-guideline#:~:text=Introduction,-Purpose,and%20the%20welfare%20of%20society](https://www.auanet.org/guidelines/guidelines/benign-prostatic-hyperplasia-(bph)-guideline#:~:text=Introduction,-Purpose,and%20the%20welfare%20of%20society)

5. Miñana B, Molero JM, Agra Rolán A, Martínez Fornes MT, Cuervo Pinto R, Lorite Mingot D, et al. Real world therapeutic management and evolution of patients with benign prostatic hyperplasia in primary care and urology in Spain. Int J Clin Pract. 2021; 75 (8). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcp.14250>

6. María Molero J, Miñana B, Palacios Moreno JM, Téllez Martínez Fornes M, Lorite Mingot D, Agra Rolán A, et al. Real world assessment and characteristics of men with benign prostatic hyperplasia (BPH) in primary care and urology clinics in Spain. Int J Clin Pract. 2020; 74 (11). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcp.13602>