

Tratamiento farmacológico de la hiperplasia benigna de próstata

Medical treatment of benign prostatic hyperplasia

SÁNCHEZ DE MEDINA, F.

Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. 18071 Granada.

RESUMEN

La hiperplasia benigna de próstata es un aumento del tamaño de la glándula de carácter no maligno, muy corriente entre los hombres de más de sesenta años, que produce problemas en la micción. También existen problemas irritativos por aumento del tono del músculo prostático liso y del cuello vesical a través de receptores alfa-1. Para combatir el aumento del tamaño de la glándula se utiliza la supresión androgénica mientras que los fenómenos irritativos se tratan con bloqueantes alfa-1-adrenérgicos. Dentro del primer grupo, en la actualidad se utiliza un inhibidor de la 5-alfa reductasa, la finasterida, que impide la formación de dihidrotestosterona, que es la forma hormonal activa en la próstata. Dentro del segundo grupo, se utiliza modernamente la alfuzosina, que es un inhibidor bastante específico de los receptores del tracto genitourinario.

Palabras clave: Hiperplasia benigna de próstata, Finasterida, Alfuzosina.

ABSTRACT

Benign prostatic hyperplasia is a nonmalignant enlargement of the prostate. This condition is very common in men over sixty years of age and causes bladder outflow obstruction. There are also irritative symptoms produced by urethral hypertonia of neurologycal origin through alpha-1-adrenergic receptors. Androgenic suppression is used to treat the enlargement of the prostate whereas irritative symptoms are treated with alpha-1-adrenoreceptor antagonists. Finasteride blocks the conversion of testosterone to dihydrotestosterone, which is the active form of the hormone in the prostate. Alfuzosin is an alpha-1-adrenoreceptor antagonist in the genitourinary tract.

Key words: Benign prostatic hyperplasia, Finasteride, Alfuzosin.

Recibido: 18-1-1995.

Aceptado: 22-1-1995.

BIBLID [0004-2927(1995) 36:2; 281-283]

La hiperplasia benigna de próstata puede considerarse como un tumor benigno de la próstata (adenoma prostático), un aumento de tamaño que origina prostatismo: aumento del número de micciones, disminución de la fuerza del chorro, urgencia, disuria, etc. Tiene una incidencia muy grande a partir de los sesenta años, requiriéndose tratamiento en el ochenta por ciento de los casos.

En este cuadro pueden distinguirse en general síntomas obstructivos y/o irritativos. La obstrucción se origina a partir del aumento de tamaño de la glándula, que produce compresión de la uretra y disminución del flujo urinario. Indirectamente se produce un aumento de la frecuencia, vaciado incompleto y urgencia. Los fenómenos irritativos se deben al aumento del tono del músculo prostático liso y del cuello vesical a través de receptores alfa-1. Se origina así resistencia intrauretral o interferencia con la apertura del esfínter interno del cuello de la vejiga y, por tanto, obstrucción del flujo urinario.

Para combatir el aumento del tamaño de la glándula se utiliza la supresión androgénica. Los fenómenos irritativos dinámicos se tratan con bloqueantes alfa-1-adrenérgicos (1, 2).

Por supuesto, el tratamiento con este tipo de medicamentos no está indicado en pacientes con sintomatología avanzada, para los que se necesita algún tipo de intervención quirúrgica.

La manipulación endocrina se ha ensayado por muchos procedimientos que incluyen la orquiectomía, el tratamiento con estrógenos, análogos de la LH-RH y los antiandrógenos. En la actualidad se utiliza un fármaco específico para la glándula prostática, la finasterida, que es un inhibidor de la 5-alfa reductasa. Esta enzima es la responsable de la formación de dihidrotestosterona a partir de la testosterona. Mientras que esta última hormona actúa directamente sobre la mayoría de los tejidos dependientes, la glándula prostática utiliza como compuesto activo su derivado hidrogenado. Por tanto, la finasterida bloquea el efecto androgénico sobre la próstata sin afectar al resto de los tejidos, como el músculo o el sistema nervioso central y no parece modificar ni el deseo ni la capacidad sexual, como los antiandrógenos clásicos.

Se trata de un fármaco con pocas contraindicaciones y efectos secundarios. Los principales son impotencia sexual, alteraciones en la eyaculación y disminución de la libido, de lo que se quejan entre un tres y un cinco por ciento de los pacientes. Se administra en una sola dosis diaria por vía oral, lo que representa una ventaja para la observancia. Sin embargo, como su efecto es a largo plazo, debe hacerse notar al paciente que no deje el tratamiento aunque no experimente mejoría, que en algunos casos no aparece hasta los doce meses. Cuando se logra la disminución del tamaño de la glándula disminuye también el nivel de los marcadores prostáticos, lo que no debe confundirse con una mejoría de una posible lesión cancerosa, sobre la que no hay efecto apreciable (3, 4, 5).

Los factores dinámicos de la obstrucción prostática se tratan con inhibidores

de los receptores alfa-1-adrenérgicos tales como la alfuzosina, que es bastante específica para el tracto génito-urinario. Al contrario que en el caso anterior, los efectos beneficiosos de esta medicación deben aparecer de inmediato. Sin embargo, no hay, como es lógico, ningún efecto sobre el tamaño de la glándula. La observancia es más difícil porque se requieren tres comprimidos diarios. El principal problema es la hipotensión ortostática, por lo que se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis al acostarse. Además de los efectos hipotensores se han descrito algunos efectos secundarios, como alteraciones digestivas, cefaleas, dolores torácicos y alteraciones vasculares (taquicardias y palpitaciones), que pueden afectar hasta un 25% de los pacientes (6).

Estos tratamientos básicos pueden ir acompañados de medidas higienodietéticas que pretenden minimizar la congestión vascular pélvica tales como orinar al primer deseo, huir del sedentarismo (caminar), evitar el estreñimiento y los condimentos y regular la actividad sexual. La medicación descongestiva a base de preparados fitoterapéuticos (*Serenoa repens*, *Pygeum africanum*, *Sabal serrulatum*, etc.), no ha demostrado suficientemente su eficacia y está sujeta, por tanto, a controversia (3).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) "Hiperplasia benigna de próstata: tratamiento". *Boletín Terapéutico Andaluz*, 1993, vol. 9, n. 1:1-4.
- (2) OESTERLING, J. E.: "Benign Prostatic Hpyperplasia. Medical and minimally invasive treatment options". *The New England Journal of Medicine*, 1995, 332:99-108.
- (3) "Nuevos medicamentos comercializados en España: Finasterida". *Panorama Actual del Medicamento*, 1993, 17:521-529.
- (4) STONER, E., GREGOIRE, S. and ROUND, E.: "Clinical development of finasteride". *Drugs of Today*, 1993, 29:351-361.
- (5) PETERS, D. H. and SORKIN, E. M.: "Finasteride. A review of its potential in the treatment of benign prostatic hyperplasia". *Drugs*, 1993, 45:177-208.
- (6) WILDE, M. I., FITTON, A. and McTAVISH, D.: "Alfuzosin. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetics properties and therapeutic potential in benign prostatic hyperplasia". *Drugs*, 1993, 45:410-429.