



Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

Artículo Original

Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con hiperplasia prostática benigna sintomática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018”

Clinical and epidemiological characteristics of symptomatic benign prostatic hyperplasia patients at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, 2018

Segundo Bueno-Ordóñez^{1,a}, Michael Ernesto Ortiz-Colorado^{1,b}, Diómedes Tito Urquiaga-Melquiades^{1,c}

1 Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Cajamarca-Perú a Radiólogo, Doctor en Medicina, b Médico Cirujano, Serumista, c Cirugía General, Magister en Salud Pública

Correspondencia.

Dr. Segundo Bueno Ordóñez

Jirón Mario Alzamora 283,
ciudad de Cajamarca – Perú.

Correo electrónico:
sbueno@unc.edu.pe

Recibido: 03/04/21

Aceptado: 06/05/21

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con HPB sintomática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, año 2018. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, se revisó una muestra de 116 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de HPB sintomática. Se registró edad, síntomas y severidad por IPSS, volumen prostático por ecografía y residuo vesical post miccional (RPM), tratamiento, procedencia y grado de instrucción. **Resultados:** El 99% fueron mayores de 50 años y el grupo de 60-69 años (33.6%) el más afectado. Síntomas más frecuentes, chorro miccional débil, 86.2%; nicturia, 78.5%; se aplicó el IPSS en 54 pacientes (46.5%) y predominó el grado severo (72.2%). Se realizó ecografía prostática y RPM, 80.2% y 78.4%, respectivamente. La HPB más frecuente, Grado II y III con 31.2% cada uno y el RPM más frecuente, leve con 48.3%; la prostatectomía se realizó en el 17.2% y programados, 13.8%. De procedencia urbana, 53% y rural, 48%; tuvieron instrucción primaria, 59.4%. **Conclusiones:** La HPB sintomática predomina en pacientes mayores de 50 años de edad con síntomas muy frecuentes de chorro miccional débil y nicturia, IPSS severo; HPB más frecuentes grados II y III, y RPM leve; el tratamiento médico fue la primera elección; la HPB sintomática no distingue lugar de procedencia y la mayoría de pacientes tuvieron instrucción primaria.

Palabras clave: hiperplasia prostática benigna, síntomas del tracto urinario inferior, IPSS.

SUMMARY

Objective: To determine the clinical and epidemiological characteristics of patients with symptomatic BPH at the Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Material and methods: Descriptive study, a sample of 116 medical records of patients diagnosed with symptomatic BPH was reviewed. Age, symptoms and severity by IPSS, prostate volume by ultrasound and post-void residue (PVR), treatment, provenance and degree of instruction. **Results:** 99% were older than 50 years and the 60-69 years old group (33.6%) was the most affected. Most frequent symptoms, weak urinary stream, 86.2%; nicturia, 78.5%; IPSS was applied in 54 patients (46.5%) and the severe grade prevailed (72.2%). Prostatic ultrasound and PVR were performed, 80.2% and 78.4%, respectively. The most frequent BPH, Grade II and III with 31.2% each and the most frequent PVR, mild with 48.3%; prostatectomy was performed in 17.2% and programmed, 13.8%. Of urban origin, 53% and rural, 48%; they had primary instruction, 59.4%. **Conclusions:** Symptomatic BPH predominates in patients over 50 years of age with very frequent symptoms of weak urinary stream and nicturia, severe IPSS; most common grade II and III BPH and mild RPM; medical treatment was the first choice; symptomatic BPH does not distinguish place of origin and most patients had primary instruction.

Key words: benign prostatic hyperplasia, lower urinary tract symptoms, IPSS.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es una de las lesiones más comunes en hombres de edad avanzada y la causa más frecuente de síntomas del tracto urinario inferior (STUI)^{1,2}. La etiopatogenia aún es incierta y no hay mayor evidencia hereditaria^{3,4} o étnica⁵, hay indicios sobre los estilos de vida no saludables y el síndrome metabólico^{6,7}. La hiperplasia nodular en la zona de transición y las glándulas periuretrales origina todo el trastorno en el complejo vesico-prostático-uretral, en una progresiva historia natural evidenciada en la clínica⁸; desde síntomas leves hasta la severa afectación de la calidad de vida del paciente⁹. A los 55 años de edad, cerca del 25% manifiesta STUI por HPB¹⁰, y el tratamiento médico se hace con fármacos convencionales^{11,12} o alternativos como la fitoterapia^{13,14}; la cirugía urológica se reserva para los casos graves y refractarios a la medicación¹⁵. Por tales motivos, determinar las características clínicas y epidemiológicas de la HPB sintomática nos permitirá una mejor estrategia para identificarla, prevenir y retrasar su aparición y desarrollo, así como un posible control y evitar complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fue una investigación descriptiva y retrospectiva. Se consideró como población a todos los pacientes con diagnóstico de HPB sintomática atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2018, en total 751¹⁶. La muestra aleatoria simple se obtuvo mediante la fórmula para cálculo de muestra finita, donde $N=751$, $Z=1.96$, $p=0.1$, $q=0.9$, $d=5\%$; $n=116$ casos. En la ecografía el agrandamiento prostático se valoró según los criterios de Rifkin y el residuo posmiccional: leve (0-30%), moderado (31-60%), severo (>60%)¹⁴. La información referida a los objetivos de la investigación, fue registrada en una hoja de recolección de datos ad hoc. Se elaboró una base de datos con el programa Microsoft Excel y se aplicaron paquetes estadísticos descriptivos para la presentación de los datos.

En el presente estudio se respetó la normatividad ética referente a la confidencialidad de las historias clínicas, la identidad del paciente y la veracidad de la información.

RESULTADOS

En la tabla 1, el 99.1% fueron mayores de 50 años de edad y predominó el grupo etáreo de 60-69 años con 33.6 %. Sobre el lugar de procedencia, 102 tuvieron registro de ésta, 52% de la zona urbana y 48% rural. Y, en relación al grado de instrucción ($n=64$), tuvieron instrucción primaria el 59.4% y 3 (4.7%) instrucción superior.

En la tabla 2, los STUI más frecuentes fueron el chorro miccional débil con el 86.2% ($n=100$) y la nicturia con 78.5% ($n=91$).

Tabla 1. Pacientes con HPB sintomática, según grupos etáreos ($n=116$), lugar de procedencia ($n=102$) y grado de instrucción ($n=64$).

	Indicador	Nº	%
Edad (años)	<50	1	0.9
	50 - 59	12	10.3
	60 - 69	39	33.6
	70 - 79	38	32.8
	≥ 80	26	22.4
	Total	116	100
Lugar de procedencia	Urbano	53	52
	Rural	49	48
	Total	102	100
Grado de Instrucción	Sin instrucción	6	9.4
	Primaria	38	59.4
	Secundaria	17	26.5
	Superior	3	4.7
	Total	64	100

Tabla 2. Síntomas del tracto urinario inferior en pacientes con HPB sintomática; n = 116

Manifestación clínica	Frecuencia	%
Chorro miccional débil	100	86.2
Nicturia	91	78.5
Polaquiuria	67	57.8
Esfuerzo miccional	64	55.2
Urgencia miccional	60	51.7
Vaciado incompleto	53	45.7
Chorro miccional intermitente	48	41.1

Tabla 3. HPB sintomática, severidad según Escala IPSS; n=54

Puntuación IPSS	Nº	%
Leve	4	7.4
Moderado	11	20.4
Severo	39	72.2
Total	54	100

En la tabla 3, la escala IPSS fue aplicada y registrada en el 46.5% (n=54) del total de historias clínicas (n=116). En el rubro severos hubo 72.2% (n=39); moderados, 20.4% (n=11), y leves, 7.4% (n=4).

Tabla 4. Grado de severidad IPSS por grupo etáreo, HPB sintomática; n=54

Puntuación IPSS	Edad (años)				
	<50	50-59	60-69	70-79	≥80
Leve	0	2	1	1	0
Moderado	0	1	4	4	2
Severo	0	3	11	15	10
Total	0	6	16	20	12

En la tabla 4, se observa que los síntomas severos se presentaron con más frecuencia en el grupo etáreo, con 38.5%; seguido del grupo entre 60-69 años con 28.2%.

En la tabla 5, se aprecia que el 80.2% (n=93) del total de la muestra registró una ecografía que midió el

volumen prostático; los grados II y III (31.2%, n=29) sobresalieron. Sobre RPM, se registraron 91 de 116 pacientes en sus historias clínicas y primó el grado leve con 44 casos (48.3%). Las valoraciones fueron de diagnóstico en la consulta inicial.

Tabla 5. Hiperplasia prostática benigna (n=93) y residuo posmiccional (n=91) por ecografía, según grado de severidad, en pacientes con HPB sintomática.

Variable	Grado de Severidad	Nº	%
Agrandamiento prostático	I	22	23.6
	II	29	31.2
	III	29	31.2
	IV	13	14.0
	Total	93	100
Residuo vesical posmiccional (RPM)	Leve	44	48.3
	Moderado	19	20.9
	Severo	28	30.8
	Total	91	100

Tabla 6. Cirugía urológica en pacientes con HPB sintomática, por grados; n=116

Intervención quirúrgica	Nº/ grado	%
Sí	I : 4	17.2
	II : 0	
	III : 12	
	IV : 4	
No	80	69
Requiere	I : 1	13.8
	II : 2	
	III : 5	
	IV : 6	
Total	116	100

En la tabla 6, el 17.2% (n=20) tuvo cirugía por HPB y el 13.8% (n=16) en turno de programación quirúrgica. De los 20 intervenidos, 12 (60%) tuvieron grado III; de los programados, 14 tuvieron estudio ecográfico, y de éstos, 6 con grado IV.

DISCUSIÓN

La hiperplasia prostática benigna sintomática es una enfermedad muy común en varones de edad avanzada, hasta con 20% de inicio a los 40 años², aunque, en nuestro estudio, el 99.1% fueron varones mayores de 50 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron el chorro miccional débil con 86.2% y la nicturia con 78.5%, tema del que también nos informó Alcántara¹⁷, sobre el estudio EpiLUTS que evaluó a más de 14000 pacientes en Europa y EEUU, indicando la nicturia en un 77% de los casos. También reflejada cuando se aplicó la escala IPSS al encontrarlos como síntomas severos en el 72.2% de los casos evaluados, aquí el grupo etáreo de 70-79 años fue el más afectado (38.5%). Al respecto, Miñana y cols¹⁸, en 2013, analizaron los perfiles de severidad en 1115 pacientes con HPB en España, hallando el 94.4% en los grados moderados o severos, siendo así que en nuestro caso fue de 92.6% en moderado-severo. Sin embargo, en tal investigación la prevalencia de moderados fue 60.1% y severos 34.3%, contrario a nuestro hallazgo, donde el grado moderado fue del 20.4% y severo el 72.2%. Tal variación podría deberse a la no aplicación del IPPS en más del 50 % de nuestra muestra.

En las ecografías, el 45.2% tuvo una próstata mayor a 51cc (grados III y IV) y el RPM leve representó el 48.3%; no obstante, Joshi¹⁹ encontró que la próstata aumentada de tamaño incrementa el residuo post miccional, pero el incremento del RPM no tuvo correlación con la edad; Bueno¹⁴, en 2018, reportó que de 30 pacientes encontró 86.6% con RPM leve; de los pacientes intervenidos quirúrgicamente (n=20) el 60% presentó grado III. En otro reporte¹⁵, entre operados y en espera se constituyó hasta en el 36%, cifra próxima a nuestro estudio donde en total sumaron 30.1% (17.2% operados y 13.8% en espera de programación quirúrgica). Entre tanto, la terapia médica es de primera línea, pero ante el fracaso la opción fue la cirugía urológica¹⁵. De los diferentes procedimientos quirúrgicos que se practican para resolver la HPB sintomática²⁰, tales como la resección transuretral de próstata, la enucleación o la fotovaporización o la cirugía

laparoscópica/robótica, en Cajamarca es la cirugía abierta transvesical.

Sobre el lugar de procedencia, 52% zona urbana y 48% zona rural, no hubo diferencia significativa entre los pacientes donde adquieren la patología, sería materia de otro estudio establecer los estilos de vida, como factores de riesgo o protectores para contraer a la HPB sintomática. Respecto al grado de instrucción, la mayoría contó con instrucción primaria y el 4.7%, instrucción superior. Está demostrado que las personas mejor instruidas utilizan con mayor frecuencia servicios de salud de valor preventivo⁶.

En conclusión, los pacientes con hiperplasia prostática benigna sintomática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el año 2018, presentaron las características clínicas y epidemiológicas, siguientes:

- El 99.1% de los pacientes tuvieron más de 50 años de edad.
- Los síntomas más frecuentes fueron chorro miccional débil y nicturia; IPSS severa.
- En ecografía prostática, la mayoría presentó un volumen mayor a 51cc (grados III-IV) y RPM, mayormente, leve.
- El tratamiento médico fue de primera elección.
- No hubo diferencia significativa entre procedencia urbana o rural, en la presentación de HPB, y la mayoría tuvo instrucción primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América: OMS. 2015.
2. Lim KB. Epidemiology of clinical benign prostatic hyperplasia. *Asian J Urol* 2017; 4: 148-51.
3. Jay D, Pearson JD, et al. Familial aggregation of bothersome benign prostatic hyperplasia symptoms. *Urology*, 2003; 61 (4): 781-85.
4. Dawood MF, et al. Physiological variables and molecular study of KLK2 and KLK3 among patient with benign prostatic hiperplasia. *Alexandria J Med* 2018; 54(3):203-6.
5. Platz EA et al. Race, ethnicity and benign prostatic hyperplasia in the health professional's follow-up study. *J Urol* 2000; 163(2): 490-5
6. Prajsner A et al. Socioeconomic profile of elderly Polish men treated for benign prostate hyperplasia: Results of the population-based PolSenior study. *Eur Geriatr Med* 2015; (6): 53–57.
7. Ngai HY et al. Metabolic syndrome and benign prostatic hyperplasia: An update. *Asian J Urol*. 2017 Jul; 4(3):164-73.

8. Lu SH, Chen Ch S. Natural history and epidemiology of benign prostatic hiperplasia. *Formosan J Surgery* 2014; 47: 207-10.
9. Foo KT. Pathophysiology of clinical benign prostatic hiperplasia. *Asian J Urol* 2017; 4: 152-7.
10. Presti JC et al. Neoplasias de la glándula prostática. En: *Urología general de Smith*. 14ª ed (17ª ed en inglés). México: Editorial El Manual Moderno. 2009. 792 pp.
11. Sarma AV, Wei JT. Benign prostatic hiperplasia and lower urinary tract symptoms. *N Engl J Med* 2012; 367: 248-57.
12. Nickel JC, Gillig P, Tammela TL, Morrill B, Wilson TH, Rittmaster RS. Comparison of dutasteride and finasteride for treating benign prostatic hiperplasia: the enlarged prostate international comparator study (EPICS). *BJU Int*. 2011; 108(3):388-94.
13. Scaglione F. How to choose the right *Serenoa repens* extract. *Eur Urol Suppl* 2015; 14: e1464–e1469.
14. Bueno S. Eficacia de *Sambucus peruviana* (sauco) en pacientes con hiperplasia prostática benigna sintomática [Tesis doctoral]. Trujillo-Perú: Escuela de Posgrado-Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Trujillo. 2018.
15. Izard J, Nickel JC. Impact of medical therapy on transurethral resection of the prostate: two decades of change. *BJU Int*. 2011; 108 (1): 89-93.
16. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Oficina de Estadística e informática. Cajamarca-Perú. 2019.
17. Alcántara A. Silodosina en el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior en el varón por hiperplasia benigna de próstata: enfoque estándar y uso en la «vida real». *Rev Mex Urol*. 2016;76 (6): 352-9.
18. Miñana B. et al. Perfiles de severidad en pacientes diagnosticados de hiperplasia benigna prostática en España. *Actas Urol Esp*. 2013; 37(9): 544-48.
19. Joshi B, Dwivedi S. “Sonographic comparison of prostate size with post void residual urine volume”. *Int. J. of Radiology*. 2019; 6(1): 208-11.
20. Foster HE, et al. Surgical management of lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hiperplasia: AUA guideline. *J Urol* 2018; 200: 612-9.

Citar como: Bueno-Ordóñez S, Ortiz-Colorado ME, Urquiaga-Melquiades DT. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con hiperplasia prostática benigna sintomática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018. *Rev méd Trujillo* 2021;16(2):98-103