



Mi Universidad

Super nota

Nombre del Alumno: Briana Jacqueline García Lujano

Nombre del tema: Adenoma y cáncer de próstata

Parcial: 2do

Nombre de la Materia: Patología del adulto

Nombre del profesor: Dr. Víctor Manuel Nery

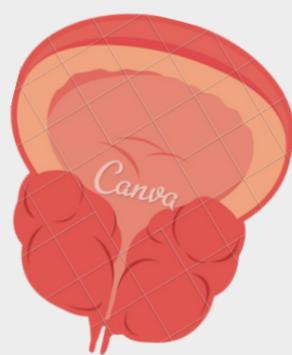
Nombre de la Licenciatura: Lic. enfermería

Cuatrimestre: 6to

16 de junio de 2024, Pichucalco, Chiapas



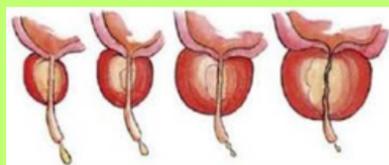
Adenoma de próstata



La hiperplasia prostática benigna es un problema de salud que se hace más común con la edad. También se denomina agrandamiento de próstata. La próstata es una pequeña glándula que ayuda a producir el semen. Se encuentra justo debajo de la vejiga y a menudo aumenta de tamaño a medida que envejeces.

Epidemiología

La hiperplasia benigna o adenoma de próstata (HBP) es una enfermedad muy prevalente. Cada año se diagnostican miles de casos. Hay estudios epidemiológicos realizados y otros basados en autopsias que establecen una incidencia de HBP (histológicamente demostrada) del 7% entre pacientes varones de entre 40 y 50 años, del 42% entre los 50-55 años, 80% en la octava década de la vida y un 90% en la novena.



Fisiopatología

Los dos factores que inciden más intensamente en el desarrollo de la HBP son el envejecimiento y los andrógenos. La testosterona es el principal andrógeno sérico que estimula el crecimiento de la próstata, en un 95% se origina en los testículos y el 5% en la glándula suprarrenal. Hasta los 60 años de edad, los niveles de testosterona en plasma son bastante estables de unos 600 ng/ml, disminuyendo su valor a partir de esta edad. La testosterona en la próstata actúa como una prohormona, la forma más activa del andrógeno en la próstata es la dihidrotestosterona (DHT), el proceso está controlado por la enzima 5 α -reductasa. La actividad de la enzima 5 α -reductasa juega un papel importante en la patogénesis de la HBP.

Causa

No se conoce la causa real del agrandamiento de la próstata. Los factores ligados al envejecimiento y a los cambios en las células de los testículos pueden intervenir en el crecimiento de la glándula, al igual que los niveles de testosterona.



Cuadro clínico



- Los pacientes pueden presentar alguno de los siguientes síntomas:
- Dificultad al inicio de la micción y uso de prensa abdominal (hacer fuerza con el abdomen) para salir la orina.
 - Sensación de vaciamiento incompleto (residuo post-miccional).
 - escozor, molestias y pinchazos e incluso dolor al orinar.
 - Urgencia miccional o imperiosidad miccional.
 - Chorro con poca fuerza.
 - Nicturia (más de 2 micciones durante la noche).
 - Incontinencia de orina.
 - A veces se puede producir sangrado en la orina.
 - Retención de orina (imposibilidad de micción).

Diagnostico

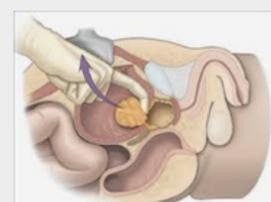
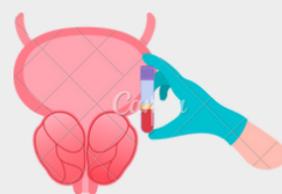
Examen físico: Consiste en el tacto rectal y un examen neurológico focalizado (tono del esfínter anal) realizado por el urólogo en la consulta. El tacto rectal sirve para conocer el tamaño de la próstata y la consistencia, descartando una enfermedad maligna.

Analítica de orina: Examen microscópico del sedimento centrifugado. Hay que valorar la realización de una Citología de orina en hombres con síntomas de irritación severos y antecedentes de tabaquismo.

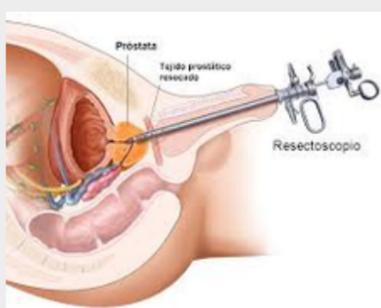
Nivel sérico de PSA: La cifra normal de PSA (Antígeno prostático) se sitúa por debajo de 4 ng/ml. Recordar que un 28% de sujetos con una HBP demostrada desde el punto de vista histológico, presentan un nivel de PSA superior a 4 ng/ml sin tener cáncer de próstata.

Cistoscopia: La Cistoscopia no está indicada de forma sistemática en los pacientes con HBP a menos que existan signos de microhematuria o macrohematuria y/o exista firme sospecha de cálculos en la vejiga.

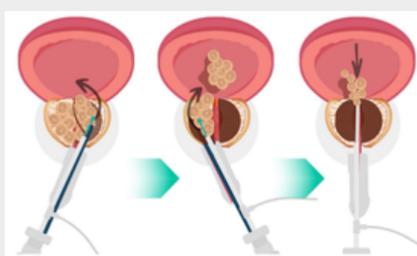
Ecografía (estudios por imagen del tracto urinario): La medición de la próstata mediante ecografía convencional (reno-vésico-prostática) y/o ecografía transrectal es un estudio fundamental previo al tratamiento quirúrgico de una paciente candidato a cirugía de próstata.



Tratamiento

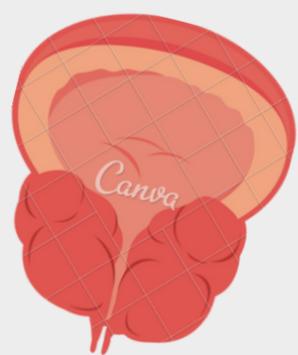


- **Resección transuretral de la próstata (RTUP):** Este es el tratamiento quirúrgico más común y el más probado para la HPB. La RTUP se realiza insertando un endoscopio a través del pene y se extirpa la próstata parte por parte, haciéndolo desde el interior.
- **Prostatectomía simple:** Este es un procedimiento para extraer la parte interior de la glándula prostática. Se lleva a cabo a través de una incisión en el abdomen. Este tratamiento casi siempre se hace en hombres que tienen glándulas prostáticas muy grandes.
- Otros **procedimientos menos invasivos** usan calor o un láser para destruir el tejido prostático. Existe otro procedimiento menos invasivo en el que se "gira" la próstata sin remover o destruir tejido.
- Los bloqueadores alfa 1 son una clase de medicamentos, estos medicamentos relajan los músculos del cuello de la vejiga y la próstata. Esto permite una micción más fácil.
- La finasterida y la dutasterida disminuyen los niveles de las hormonas producidas por la próstata. Estos medicamentos también reducen el tamaño de la glándula prostática
- Antibióticos para el tratamiento de la prostatitis crónica (inflamación de la próstata), la cual puede acompañar a la HPB.





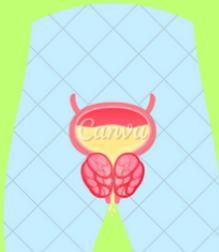
Cáncer de próstata




El cáncer de próstata es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la próstata.

Epidemiología

Aproximadamente 1 de cada 8 hombres será diagnosticado con cáncer de próstata en el transcurso de su vida. Por ejemplo, el cáncer de próstata es más propenso a desarrollarse en hombres de mayor edad. Alrededor de 6 de 10 casos se diagnostican en hombres de 65 años o más, y en pocas ocasiones se presenta en hombres menores de 40 años. La edad media en el momento del diagnóstico es aproximadamente 67 años.

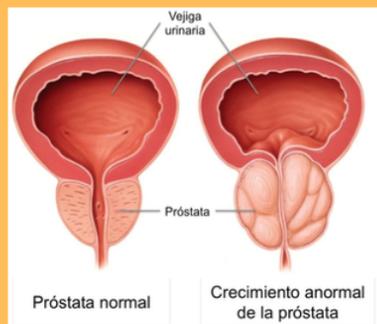


Fisiopatología

Las células luminales son la célula supuesta de origen del cáncer de próstata, principalmente debido a los marcadores de células luminal presentes en este tipo de cáncer, además de la ausencia de células basales. Las células epiteliales basales y/o luminales podrían iniciar el tumor. Se ha planteado la hipótesis de que las células iniciadoras residen entre un subconjunto de células epiteliales capaces de repoblar el lumen prostático después de la involución mediada por terapia de privación de andrógenos (ADT). Ambos tipos de células son capaces, independientemente, de dar lugar a cáncer de próstata cuando se combinan con delección de PTEN.

Factores de riesgo

- Edad avanzada. Es más frecuente después de los 50 años de edad.
- Raza. Los hombres afroamericanos tienen un mayor riesgo de cáncer de próstata que los de otras razas.
- Antecedentes familiares.
- Obesidad. En las personas obesas, es más probable que el cáncer sea más agresivo o que recurra después del tratamiento inicial.



Cuadro clínico

El cáncer prostático en general progresa lentamente, y rara vez causa síntomas hasta alcanzar etapas avanzadas. En la enfermedad avanzada, hematuria y síntomas de obstrucción de la salida de la vejiga u obstrucción ureteral. Puede aparecer dolor óseo, fracturas patológicas o compresión de la médula espinal, como resultado de las metástasis osteoblásticas en el hueso (comúnmente en la pelvis, las costillas o los cuerpos vertebrales).

Diagnóstico

- Cribado mediante antígeno prostático específico (PSA) con o sin tacto rectal
- Diagnóstico por biopsia de próstata con aguja (más frecuente) o biopsia de lesión metastásica
- Clasificación mediante la histología
- Estadificación por TC/RM y gammagrafía ósea, posiblemente nuevas modalidades como PET-TC basada en el antígeno prostático específico de membrana (PSMA) o el uso de otros agentes para PET



Clasificación

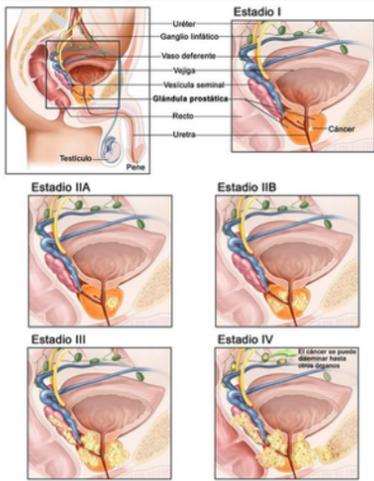
estadio I. El cáncer solo se encuentra en una parte de la próstata. Estadio I se conoce como cáncer de próstata localizado.

estadio II. El cáncer está más avanzado que en el estadio I. No se ha diseminado más allá de la próstata y se sigue llamando localizado. Existen dos tipos de cáncer de próstata estadio II:

- Estadio IIA se encuentra en un solo lado de la próstata.
- Estadio IIB se puede encontrar en ambos lados de la próstata.

Cáncer estadio III. El cáncer se ha diseminado más allá de la próstata hacia el tejido local. Se puede haber diseminado a las vesículas seminales. Estas son las glándulas que producen el semen. Estadio III se conoce como cáncer de próstata localmente avanzado.

Cáncer estadio IV. El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo. Puede estar en los nódulos linfáticos o huesos cercanos, con frecuencia los de la pelvis o la columna.



Tratamiento

- Para el cáncer localizado dentro de la próstata, cirugía, radioterapia o vigilancia activa
- Para el cáncer que está fuera de la próstata, tratamiento paliativo con terapia hormonal, radioterapia o quimioterapia
- Para algunos pacientes con cáncer de bajo riesgo, vigilancia activa sin tratamiento

El tratamiento se guía por el nivel de antígeno prostático específico (PSA), el grado y el estadio del tumor, la edad del paciente, los trastornos coexistentes, la expectativa de vida y las preferencias del paciente.



Adenoma y cáncer de próstata

1. <https://www.quironsalud.com/malaga/es/cartera-servicios/urologia/patologias-urologicas/hiperplasia-benigna-adenoma-prostata>
2. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/benign-prostatic-hyperplasia/diagnosis-treatment/drc-20370093>
3. <https://www.infobae.com/tendencias/2023/07/03/que-es-el-adenoma-de-prostata-y-cuales-son-sus-sintomas/>
4. <https://www.livemed.in/es/blog/la-fisiopatologia-de-la-hiperplasia-benigna-de-prostata/>
5. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000381.htm#:~:text=No%20se%20c>
onoce%20la%20causa,que%20los%20niveles%20de%20testosterona.
6. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-prostata/acerca/que-es-cancer-de-prostata.html>
7. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-prostata/acerca/estadisticas-clave.html#:~:text=Aproximadamente%201%20de%20cada%208,en%20hombres%20de%20mayor%20edad.>
8. https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-urogenitales/c%C3%A1nceres-genitourinarios/c%C3%A1ncer-de-pr%C3%B3stata#Diagn%C3%B3stico_v1059929_es
9. https://synapticpg.com/capro_fisiopatologia.html
10. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000397.htm>