

HIPERPLASIA PROSTATICA

La hiperplasia prostática benigna es un problema de salud que se hace más común con la edad. También se denomina "agrandamiento de próstata".

ETIOLOGÍA

Existen diversos factores y causas que pueden generar síntomas de tracto urinario inferior, no necesariamente se debe a HPB de ahí la importancia de realizar un buen análisis de síntomas y se debe explorar toda el área abdominal.

Ya que, la próstata es una glándula que, por lo general, sigue creciendo durante el transcurso de la vida, este crecimiento agranda la próstata lo suficiente como para ocasionar síntomas u obstruir el flujo de orina, no está claro que causa el agrandamiento de próstata.

FACTORES DE RIESGO

- Envejecimiento
- Antecedentes heredo-familiares
- Diabetes
- Enfermedades cardiovasculares
- Estilo de vida
- Factores ambientales

FISIOPATOLOGÍA

Es un diagnóstico histológico, que incluye proliferación de músculo liso y células epiteliales. A partir de los 30-40 años empiezan aparecer focos de hiperplasia en el tejido glandular y fibromuscular.

La hiperplasia de la próstata se da como la proliferación celular excede la muerte celular programada (apoptosis), como el resultado de la estimulación del crecimiento celular, inhibición de la apoptosis o ambas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Necesidad de orinar ^{MÁS FRECUENTES} frecuentemente (micción) con urgencia.
- Suele ocurrir más por la noche
- Dificultad para comenzar a orinar
- Flujo de orina débil o que se detiene y vuelve a comenzar
- Goteo después de la micción
- No poder vaciar completamente la vejiga.

MENOS FRECUENTES

- Infección en vías urinarias
- Incapacidad para orinar
- Sangre en la orina

DIAGNOSTICO

Anamnesis

La HPB se manifiesta mediante síntomas del tacto urinario inferior (STUI), se deben recabar los siguientes datos:

- Antecedentes patológicos médicos y quirúrgicos
- Tratamiento actual o utilizado
- Hábitos higiénicos - dietéticos

- EXAMEN FISICO

Se debe explorar toda el área abdomino-pelvico-genetinal, además de puño - percusión en ambas fosas renales.

- Detección síndrome Giardano
- Presencia de globo vesical o masas pelvicas
- Determinar tono esfinteriano
- Posible alteración de inervación
- Consistencia y tamaño de la prostate
- Valoración del meato uretral para descubrir posible obstrucción al flujo (estenosis, hiposecreción)
- Tacto renal

LABORATORIOS

- Examen general de orina
- Antígeno prostático específico (APE). Es una serina proteasa relacionada con el calicripina.
- otros, como: Nitrogeno urico y creatinina (en pacientes con HPB elevados).

- GABINETE

- Ecografía

- cistoscopia solo utilidad para elegir método quirúrgico.

TRATAMIENTO

Debe ser individualizado, para mejorar los síntomas y la calidad de vida:

Existen 3 tipos de tratamiento para síntomas de HBT.

Bloqueadores alfa adrenérgicos: Fármaco de primera elección, actúa en la obstrucción al flujo de salida de la orina.

- Alfuzolina

- Doxazosina

- tamsulolona

Inhibidores de la 5 alfa-reductasa: Inhibe el paso de testosterona a su metabolismo dihidrotestosterona.

- Finasteride

- Dutasterina

Antimuscarínicos: Reduce la hiperactividad activa

- Oxbutinina

- Tolterodina.

ARTICULO

La hiperplasia benigna de próstata es el tumor benigno más común en hombres, su incidencia está relacionada con la edad (20% hombres de 40 a 50 años, 50% en hombres de 51 a 60 años y 90% en hombres mayores de 80 años); lo anterior son incidencias histológicas. Algunos estudios han sugerido la predisposición genética, factores ambientales y diferencias raciales por esta enfermedad es una proliferación de músculo liso y células epiteliales. Las personas empiezan con síntomas irritativos miccionales, son a consecuencia del agrandamiento de próstata en los últimos años se han desarrollado nuevos procedimientos quirúrgicos menos invasivos y con resultados similares a las técnicas clásicas.

PREGUNTAS

- 1 ¿Con qué frecuencia siente necesidad de orinar al día?
- 2 ¿Nota goteo o pérdida de orina después de haber terminado de orinar?
- 3 ¿Presenta al gún dolor al orinar?
- 4 ¿Tiempo que pasa para orinar durante el día?
- 5 ¿Estos síntomas le generan molestia en sus actividades diarias?
- 6 ¿Tiene antecedentes de familiares que presentan ó presentaron enfermedades de próstata?
- 7 ¿Ha notado cambios en su función sexual (sexo sexual) erección, eyaculación?

SINDROME DE CUSHING

Definición, también llamado síndrome de hiperkortisolismo en una entidad clínica caracterizada por la alteración física, metabólica y psicológica que resulta de la exposición de los tejidos a altas concentraciones de hormonas glucocorticoides, lo cual se asocia a una alta morbimortalidad.

ETIOLOGÍA

Pueden variar según sus causas subyacentes del hiperkortisolismo, se se clasifica en dos tipos:

> Endógenos y Exógenos <, tipo endógeno: se encuentra la variante ACTH-dependiente, debido a un adenoma hipofisario (enfermedad de Cushing) y la variante ACTH independiente causada por tumores o hiperplasia de glándulas suprarrenales. Es fácilmente confundido con la obesidad simple y el síndrome metabólico (conjunto de síntomas: obesidad / Diabetes, hipertensión y alteración de los grasas).

FACTORES DE RIESGO

- Sexo femenino
- Obesidad
- Antecedentes familiares
- uso crónico de corticosteroides exógenos.

FISIOPATOLOGÍA

El SC es un aumento crónico en los niveles de cortisol en el cuerpo. Este aumento puede ser el resultado de diferente mecanismo, dependiendo de si la fuente del cortisol es endógena o exógena.

En el caso del hipercortisolismo endógeno, las causas más comunes son el adenoma hipofisario productor de ACTH (Enfermedad de Cushing) o tumores adrenales productores de cortisol.

En el hipercortisolismo exógeno, el uso prolongado de corticosteroides para tratar afecciones como el asma, artritis, enfermedades autoinmunes puede llevar al desarrollo del SC.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Aumento de peso (Brazos, piernas abultadas)
- Aumento de peso en cara (cara luna)
- Joroba de búfalo
- Acne
- Períodos menstruales irregulares o ausentes
- Disminución de fertilidad
- Depresión, Ansiedad e Irritabilidad
- Cansancio extremo
- Estrías rojas o purpúreas en el vientre, caderas, muslos, senos axilares.
- Problemas de concentración o memoria.

DIAGNOSTICO

Hay casos atípicos de SC como son las formas lentas donde los pacientes muestran muy pocas manifestaciones clínicas. El hipercortisolismo cíclico es otra forma poco común de SC en donde el aumento de cortisol se presenta de manera intermitente, alternando con periodos de normocortisolismo que dura días o semanas y finalmente es un caso SC subclínico ocurre en Pt portadores de incidentaloma adrenal y/o hipofisario.

Se recomienda hacer historia clínica detallada.

Estudios diagnósticos

Actualmente no existe un estudio o prueba eficaz al 100%. por ello se realizan combinación de pruebas para confirmar el diagnóstico SC:

- Medición de cortisol libre urinario 24 hrs.
- Medición cortisol salival (CEJ)
- Prueba de suspensión a dosis bajas con dexametasona (PSO DB) bgo
- (PSDDA)
- Prueba de suspensión con DEXA + CRH (PSO CRH).

TRATAMIENTO

El tratamiento dependerá sin duda de la causa, pero la mayoría de las ocasiones el tratamiento es quirúrgico.

El tratamiento recomendado es la adrenalectomía unilateral la cual tiene eficacia al 100%, si se tratara de una hiperplasia macronodular pigmentada ya que se hayan involucradas ambas glándulas y posterior a ello radioterapia hipofisaria.

Como:

- o Profilaxis en adultos
- o Radiocirugía estereotáctica
- o Uso de pasireotida (análogo de somatostatina).
- o Otros como; Ketoconazol a dosis de 400 a 1200 m

Artículo I

El SC es una enfermedad endocrina compleja que puede tener graves implicaciones para la salud si no se diagnostica y trata adecuadamente. La comprensión de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a esta enfermedad es fundamental para el desarrollo de enfoques terapéuticos efectivos.

Con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, muchos pacientes con síndrome de Cushing pueden experimentar una mejor significativa en su calidad de vida y evitar complicaciones graves asociadas con la exposición crónica a niveles elevados de cortisol. Sin embargo, se necesitarán más investigaciones para desarrollar terapias más específicas y dirigidas para esta enfermedad compleja y multifacética.

ARTICULO II

Se es la exposición crónica a un exceso de glucocorticoides responsable de las diversas manifestaciones del Síndrome de Cushing, de un deterioro de la calidad de vida,

PREGUNTAS

- 1.- ¿Ha notado algún cambio en su peso recientemente?
 - 2.- ¿Ha ganado peso de forma inexplicada, especialmente en la zona del abdomen, la cara o el cuello?
 - 3.- ¿Usted ha experimentado debilidad muscular, especialmente en los brazos o piernas?
 - 4.- ¿Ha notado alguna alteración en su piel, como adelgazamiento, moretones fáciles o aparición de estrías moradas?
 - 5.- ¿En los últimos días ha experimentado cambios en su estado de ánimo, como irritabilidad, ansiedad o depresión?
- ¿Tiene antecedentes de uso prolongado de medicamento como esteroides?