



**CONTROVERSIAS ACERCA DE
"PROSTATITIS" Y "SÍNDROME URETRAL"****CONTROVERSIES ABOUT
"PROSTATITIS" AND "URETHRAL SYNDROME"**

Dr. Guzmán, J. M.

RESUMEN: *Los términos "Prostatitis" y "Síndrome uretral" no han sido aún totalmente aclarados. Existen controversias que esperan conclusiones definitivas.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 2, Pág. 82, 1995)


Palabras clave: Prostatitis; Infección urinaria; Síndrome uretral.

SUMMARY: *Prostatitis and urethral syndrome terms have not yet been clarified. There are controversies looking for conclusions.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 2, Pág. 82, 1995)

Key words: Prostatitis; Urinary infection; Urethral syndrome.

Primera controversia



**¿Qué significado tienen los términos
"Prostatitis" y "Síndrome uretral"?**

Los síntomas irritativos del aparato urinario inferior son: *urgencia miccional y aumento de la frecuencia* de las micciones acompañadas de ardor o dolor durante su transcurso, asociados frecuentemente con dolor perineal constante o intermitente.

Dr. Guzmán, Juan M.
Vicente López 1857
(1128) Buenos Aires - Argentina


Aceptado para su publicación en marzo de 1995

La uretra posterior masculina y la uretra femenina comparten muchas propiedades anatómicas y funcionales.

Ambas se encuentran tapizadas de mucosa, limitadas por sistemas esfinterianos, y rodeadas de fibras musculares lisas y glándulas (unidad urotelio-músculo-glandular) (Figura 1).

Es coherente deducir que ambas estructuras puedan responder con fenómenos irritativos análogos frente a ciertas circunstancias.

Primera conclusión



Los términos "Prostatitis" y "Síndrome uretral" son condiciones que tienen los mismos síntomas irritativos (SS.II.).

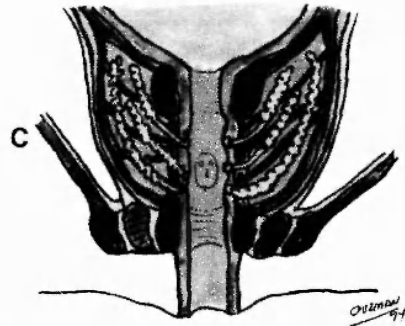
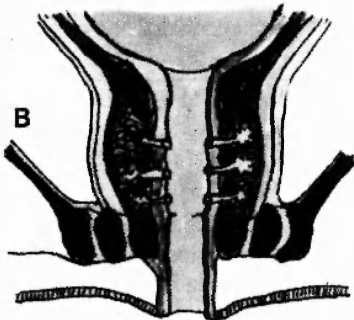
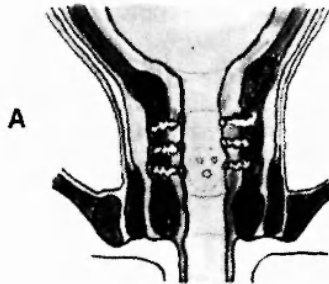
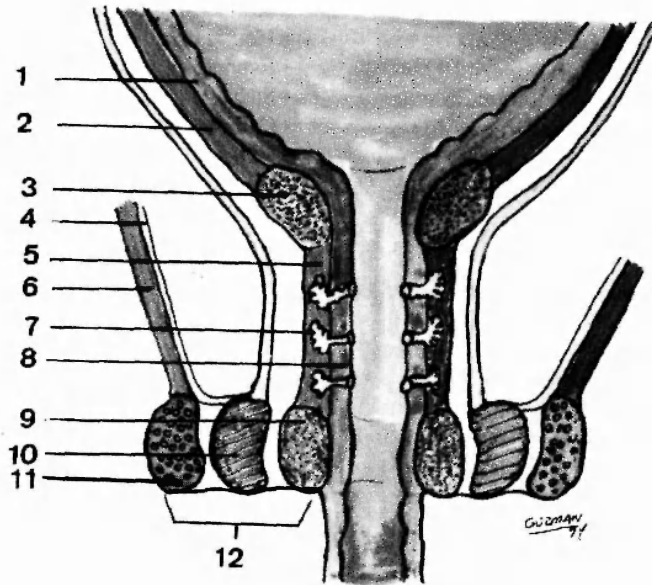


Figura 1: Esquema estructural de la porción funcional de la uretra.

1. Urotelio vesical. 2. Músculo detrusor. 3. Musculatura del cuello vesical. 4. Fascia endopélvica. 5. Musculatura de la uretra. 6. Musculatura del perineo. 7. Glándulas periuretrales. 8. Urotelio de la uretra. 9. Esfínter liso intrínseco de la uretra. 10. Esfínter estriado involuntario de la uretra. 11. Esfínter estriado voluntario de la uretra. 12. Sistema esfinteriano distal de la uretra.

Segunda controversia

¿Cuál es el origen de estos síntomas?

Diversos padecimientos de origen genitourinario y de otros órganos y sistemas son capaces de provocarlos o simularlos.

“Prostatitis” y “Síndrome uretral” son entidades que comparten los *síntomas* con patologías provenientes de tumores, litiasis, obstrucciones, inflamaciones y estados de inestabilidad motora o sensitiva del aparato genitourinario.

a Etiología de los síntomas irritativos

1) Tracto urinario

(Enfermedades que no entran en la denominación de “Prostatitis” y “Síndrome uretral” y capaces de dar SS.II.):

- Uretritis
- Estenosis uretrales
- Cistitis
- Litiasis vesical
- Inestabilidad motora vesical
- Inestabilidad sensitiva vesical
- Patología de la vía pieloureteral

2) Genitales

- Patología de las vesículas seminales
- Patología ámpulo-deferencial
- Cáncer de la próstata
- Hiperplasia benigna de la próstata
- Tumores del útero
- Endometritis y cervicitis
- Colpo-vulvitis
- Anexitis y parametritis
- Tumores del ovario
- Síndrome de la vena ovárica

3) Aparato digestivo

- Fisura del ano
- Hemorroides
- Proctitis
- Papilitis
- “Proctalgia”
- Colon irritable
- Enfermedad diverticular del colon
- Enteritis regional
- Apendicitis
- Cáncer del recto
- Cáncer del colon
- Absceso pararectal
- Fístulas rectales

Síndrome ano-genital

4) Otras

- Osteítis del pubis
- Hernia inguinal, femoral y obturatriz
- Hernia de disco intervertebral
- Espondilolistesis
- Sacroileítis
- Osteoartritis de cadera
- Vejiga neurogénica
- Psicógenas

Las causas urinarias de los SS.II. del aparato urinario inferior (A.U.I.) pueden sintetizarse en el siguiente cuadro nosológico:

Orgánicas	Vejiga	Uretra
Tumores	T. superficial T. profundo C.I.S.	T. superficial T. profundo C.I.S.
Litiasis	del uréter terminal de la vejiga	de la próstata
Obstrucciones	Ureterocele Estrechez cervical	Estenosis uretrales Válvula de la uretra
Inflamación	Cistitis	Prostatitis Uretritis
Funcionales	Vejiga	Uretra
Inestabilidad motora	Vejiga inestable Hiperreflexia vesical	Síndrome uretral Disinergia D/E
Inestabilidad sensitiva	Hipersensibilidad vesical	Prostatodinia Síndrome uretral

b Etiología urinaria de los síntomas irritativos

Procesos infecciosos y no infecciosos pueden provocar hipersensibilidad en la uretra al paso de la orina.

La hipersensibilidad uretral puede o no ser provocada por un proceso inflamatorio.

Inflamación no es sinónimo de infección, pudiendo haber inflamación sin infección.

Puede haber hipersensibilidad sin inflamación.

La hipoxia o anoxia de los tejidos musculares provocados por hiperactividad muscular, hipertonia o calambre, puede provocar dolor o hipersensibilidad.

Segunda conclusión

La hipersensibilidad uretral puede ser de origen infeccioso, no infeccioso, inflamatorio o no inflamatorio.

Tercera controversia

¿Cuáles son las entidades capaces de dar SS.II.?

El agrupamiento propuesto por Drach y colaboradores en 1978⁽¹⁾, para la clasificación de las prostatitis, ha originado cierta confusión en los términos.

Esa clasificación tipifica a las prostatitis en:

- Prostatitis aguda
- Prostatitis crónica bacteriana
- Prostatitis no bacteriana
- Prostatodinia

Considerando que:

1. La "prostatitis" es sólo la inflamación de la próstata.
2. La inflamación de las glándulas que abocan a la luz uretral siempre se acompaña de la inflamación del ureterio adyacente.
3. La inflamación, puede ser o no causa infecciosa.
4. Los agentes infecciosos pueden ser bacterianos o no bacterianos.
5. Los síntomas irritativos pueden ser de causa no infecciosa: inflamatoria y no inflamatoria...
6. La unidad ureterio-músculo-glandular que corresponde tanto a la uretra posterior masculina como a la uretra proximal femenina responde con iguales síntomas irritativos frente a diferentes causas.
7. Los síntomas irritativos pueden estar provocados por toxas que provoquen o no inflamación.

Proponemos agrupar a las causas de los SS.II. del aparato urinario inferior (A.U.I.) en la siguiente forma:

Causas inflamatorias

Causas infecciosas	Bacterianas	Bacterias Bacteroides
	No bacterianas	Virus Hongos Parásitos
Causas no infecciosas	Inflamatorias (Prostaglandinas)	
	Alérgicas (Alergenos)	
	Inmunológicas (Antígenos)	

Causas no inflamatorias

Síndromes de hipersensibilidad uretral	Prostatodinia Síndrome uretral
--	-----------------------------------

Las "Prostatitis" en el hombre y las "Uretritis" en la mujer son entidades que responden a causas inflamatorias.

Los términos de "Prostatodinia" y "Síndrome uretral" son cuadros irritativos del A.U.I., en los que no es posible demostrar infección ni inflamación.

Este reconocimiento es fundamental para su terapéutica, ya que estas entidades no responden al tratamiento con antibióticos.

La existencia de picocitos en las secreciones respectivas no excluye la denominación de estos términos⁽²⁾.

La acción de alérgenos puede manifestarse en una respuesta inflamatoria.

Tercera conclusión

Los síntomas irritativos referidos a la próstata y a la uretra femenina, pueden tener un origen inflamatorio o no. Si es de causa inflamatoria puede ser infeccioso o no. Si es infeccioso puede ser bacteriano o no bacteriano.

Cuarta controversia

¿Qué importancia tiene definir el carácter infeccioso de un síndrome irritativo?

Los gérmenes encontrados en la orina pueden provenir de cualquier parte del aparato urinario y genital (Figura 2).

Los gérmenes que se ubican en la próstata pueden ser detectados en el líquido prostático recogido por masaje y en el semen eyaculado.

Los gérmenes de la uretra femenina pueden aparecer en la orina y en el material obtenido por hisopado de la uretra y/o expresión de las glándulas periuretrales.

La secreción prostática obtenida por la uretra, luego de la expresión digital de la glándula, puede estar contaminada con gérmenes uretrales. En ocasiones el producto es escaso, lo que impide recogerlo en el meato.

El examen bacteriológico del semen informa del estado de todas las secreciones genitales y no es específico de la próstata.

La punción de la próstata para extraer tejido o secreción de la glándula, es el único método que permite su segura investigación.

A los fines prácticos éste es un método invasivo no aplicable a todos los pacientes.

La identificación bacteriológica es en ocasiones difícil y requiere técnicas apropiadas de recolección, almacenamiento de las muestras, procesamiento del material, y definición del germen encontrado.

La posibilidad de encontrar gérmenes en las secreciones guarda directa relación con el interés y método para buscarlos.

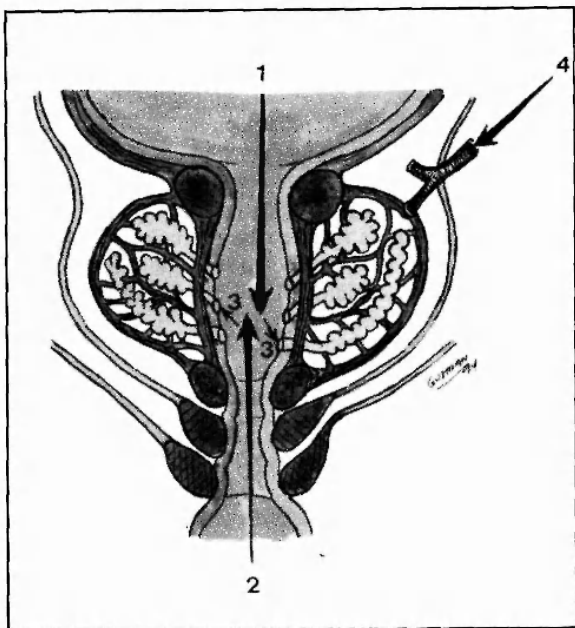


Figura 2: Vías de llegada de los gérmenes a la próstata. 1. Vía descendente. 2. Vía ascendente o retrógrada. 3. Vía del reflujo uretro-prostático. 4. Vía vascular.

Cuarta conclusión

Si no se encuentra un agente infeccioso no debe implementarse el tratamiento con antibióticos.

Quinta controversia

¿Qué valor tiene el concepto de infección significativa y no significativa en los síntomas irritativos?

La concentración de gérmenes en la orina depende de muchos factores que pueden hacer variar su carácter.

Cifras extremas pueden ser suficientemente informativas.

Para evitar falsas interpretaciones, la concentración de gérmenes en la secreción prostática en el hombre y la uretral en la mujer, debe ser analizada junto a otros parámetros del líquido examinado.

Quinta conclusión

En los síntomas irritativos, el criterio de infección significativa o no significativa en las secreciones, es irrelevante. Lo que importa es identificar al germen y su sensibilidad al tratamiento antibiótico.

Sexta controversia

¿Qué parámetros acompañan a la infección en los SS.II. que permiten sospechar su existencia?

La infección siempre se acompaña de una consecuencia histológica e inmunológica que permite sospecharla e identificarla.

En la prostatitis infecciosa aguda, los parámetros clínicos generales orientan al diagnóstico de una infección aguda inespecífica (dolor, fiebre, SS.II. y síntomas obstructivos).

La semiología urológica permite presumir el origen prostático.

El hallazgo de bacteriuria significativa aproxima el diagnóstico de certeza.

El examen del líquido prostático es impracticable en estas circunstancias, por estar contraindicado el masaje de la glándula.

En la uretritis infecciosa de la mujer, el examen de la secreción uretral, y/o el hisopado de la uretra, permite la identificación del agente infeccioso sin dificultad.

Los parámetros no bacteriológicos de los SS.II. de origen infeccioso, no son específicos de una etiología en particular.

La inflamación de causa infecciosa se acompaña de cambios en el líquido prostático, en el semen y en la secreción de las glándulas periuretrales femeninas, cualquiera sea el germen implicado.

En ausencia de infección comprobada, estos cambios indican inflamación y sólo pueden estar informando que la infección está o estuvo presente allí.

Piocitos

Se ha postulado que la inflamación provoca una elevación de la cantidad de piocitos y polimorfonucleares en la secreción prostática y en el semen.

Muchas mujeres con SS.II. muestran orinas reiteradamente estériles. Muchas de las pacientes que tienen piuria pueden mostrar infección con estudios bacteriológicos más sofisticados⁽²⁾.

Otras causas como las litiasis y los tumores del uretelo, pueden dar piuria no infecciosa.

La piuria, por sí sola, no certifica su causa infecciosa pero en su presencia esta posibilidad debe investigarse en forma persistente.

La cantidad de piocitos necesarios para ese diagnóstico no ha sido definitivamente establecido.

La existencia de leucocitos y piocitos en la secreción prostática en el hombre, y uretral en la mujer, puede estar presente aun en la ausencia de síntomas y aun en condiciones normales después del coito⁽⁴⁾.

Puede ser aceptado que el hallazgo de 10 piocitos por campo microscópico, es sugestivo de inflamación y que el hallazgo de 20, establece el diagnóstico de certeza⁽⁵⁾.

El pH, el Acido cítrico, el Zinc, el P.S.A. _____

En la inflamación crónica de la próstata, el pH del líquido prostático asciende a 8 (N:6.5)⁽⁶⁾.

Es posible que la elevación del pH se deba al descenso del ácido cítrico prostático. Estas variantes persisten luego de que los piocitos han desaparecido en los extendidos⁽⁷⁾.

El P.S.A. es un parámetro biológico de extraordinario valor en el diagnóstico y seguimiento del cáncer de la próstata.

Los valores detectables son específicos de la próstata, pero inespecíficos del cáncer prostático.

Puede elevarse, luego de un masaje prostático, de una biopsia de la próstata, en la hiperplasia benigna de esta glándula, en prostatitis, durante una retención de orina, y en el cáncer rectoanal^(8,9,10).

Valores superiores a 10 ng/ml hacen sospechar cáncer de la próstata y otros parámetros deben ser implementados para certificar ese diagnóstico.

Las inmunoglobulinas _____

Las inmunoglobulinas IgA, IgG e IgM se elevan en pacientes con procesos inflamatorios de la próstata, posiblemente debido a una acción antigénica.

Esto es posible aun *en ausencia de infección* y debido quizá a la acción traumática del reflujo de líquido prostático y orina hacia el intersticio glandular, como puede suceder en las obstrucciones infraprostáticas.

La elevación de las inmunoglobulinas se hace evidente en la prostatitis infecciosa crónica, elevación que tiende a descender a valores normales luego que la infección ha sido tratada exitosamente⁽¹¹⁾.

Sexta conclusión

Los parámetros no bacteriológicos permiten definir inflamación y sólo hacen sospechar infección.

Séptima controversia

¿Es posible la inflamación sin infección?

La zona periférica de la próstata es la más frecuentemente comprometida en los procesos inflamatorios⁽¹²⁾.

Es posible que la dirección perpendicular de los canalículos de los ácinos prostáticos periféricos en la luz uretral, sea la condición permisiva del reflujo de la orina dentro de la próstata.

Los pacientes portadores de prostatitis crónica denotan una demora y/o falta de relajación de la uretra durante todas o ciertas micciones⁽¹³⁾.

Este fenómeno pareciera estar en directa relación con los estados emocionales y cuando se aumenta la resistencia de la uretra distal durante la micción⁽¹⁴⁾.

En algunas mujeres con tendencia a la espasmodia y con hipomagnesemia, el síndrome uretral hipersensitivo es muy frecuente.

Todos los pacientes con estrechez de la uretra evolucionan con prostatitis crónica.

Existen causas no infecciosas que pueden provocar inflamación de la próstata o de las glándulas periuretrales en la mujer a través de un mecanismo de reflujo uretro-glandular.

Es posible que sobre esta disfunción predisponente se agreguen más tarde agentes infecciosos.

El zinc es un elemento que actúa favorablemente contra el desarrollo de los gérmenes.

Es posible que el descenso del zinc en las inflamaciones no infecciosas sea un factor predisponente al desarrollo de la infección.

Es motivo de controversia si las modificaciones del Zn y del Mg en las psicopatías ansiosas están motivadas por la alteración del ritmo respiratorio y alcalosis en esa circunstancia.

La hipomagnesemia facilita la espasmodia y favorece los SS.II. de la uretra por vía del reflujo uretro-glandular.

Séptima conclusión

Es posible que la hiperpresión dentro de la uretra sea capaz de provocar fenómenos inflamatorios y éstos a su vez propicien el desarrollo de la infección.

Octava controversia

¿Qué debe entenderse con el término de "Prostatodinia"?

El término de "Prostatodinia" fue propuesto por Drach y colaboradores para definir los cuadros de síntomas irritativos referidos al área prostática en ausencia de infección y con no más de 8 leucocitos por gran campo microscópico en la secreción prostática⁽¹⁾.

Esencialmente, los pacientes con prostatodinia, acusan síntomas irritativos durante la micción desde largo tiempo.

Estos enfermos son típicamente tensos, ansiosos e introvertidos. Frecuentemente esta condición se acompaña de otros síntomas como dolores lumbares bajos⁽¹⁵⁾, dolor en las caderas⁽¹⁶⁾, dolores abdominales⁽¹⁷⁾ y disfunciones colónicas o de las vías biliares⁽¹⁸⁾.

La etiología de esta entidad ha sido muy controvertida.

El antecedente de una reciente o antigua enfermedad de contaminación sexual (aun bien tratada y bacteriológicamente curada) no es el hecho habitual.

Más aún, existen casos de prostatodinia y de prostatitis no infecciosa en los que el paciente no ha practicado jamás el coito.

Actualmente parece haber acuerdo en admitir que el padecimiento tiene su origen en una falla de los mecanismos de relajación de la musculatura perineal (perineo tenso) capaz de provocar dolor local, referido o asociado a otras áreas que padecen el mismo fenómeno⁽¹⁹⁾.

En estos pacientes, así como en los que tienen prostatitis, el inicio de la micción está demorado. El pico de máximo flujo suele ser más bajo que en los pacientes normales de la misma edad^(20, 21).

La curva de flujo puede ser oscilante, coincidiendo este fenómeno con falla en la relajación de la uretra (Figura 3).

La diferencia entre la prostatodinia y la prostatitis no infecciosa, sólo parece estribar en la ausencia de fenómenos inflamatorios en la prostatodinia, y en la existencia de parámetros evidentes de inflamación en la prostatitis no infecciosa.

Ambas entidades no muestran infección y esta condición inhabilita el tratamiento antibiótico.

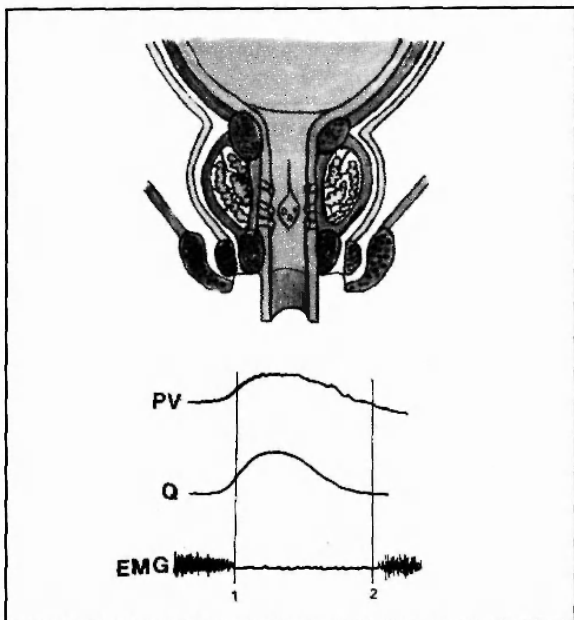


Figura 3a: *En el varón: Durante la micción, la uretra se relaja (EMG), la presión intravesical (PIV) se eleva y el flujo aparece sin interrupción (Q).*

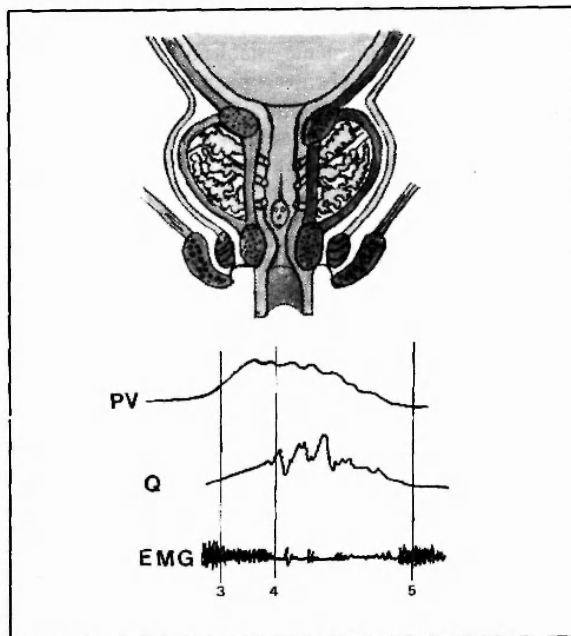


Figura 3b: *En el varón: Si la relajación uretral no se establece en forma oportuna y sostenida (EMG), el flujo miccional (Q) demora su aparición, es oscilante y prolongado. La presión intravesical máxima se alcanza antes de que el flujo llegue a su presión máxima.*

En esta circunstancia, el aumento de la presión dentro de la uretra facilitaría el reflujo uretro-prostático.

Octava conclusión

Con el término de "Prostatodinia" se engloban los síntomas referidos a la próstata caracterizados por ausencia de infección e inflamación de la glándula.

Novena controversia

¿Qué se entiende con el término de "Síndrome uretral"?

Muchas entidades patológicas de la uretra femenina se manifiestan con síntomas irritativos.

Gran parte de ellas se encuentran ya bien definidas: uretritis aguda, uretritis crónica infecciosa (bacteriana o no bacteriana), y uretritis no infecciosa.

Un grupo de mujeres tiene SS.II. referidos a la uretra sin infección ni inflamación (detectable en el extendido o hisopado uretral).

En éstos y sólo en estos casos cabe la denominación de Síndrome uretral⁽²²⁾.

Como la prostatodinia en el varón, la sintomatología no acomoda con ningún antecedente constante. Lo constante es el tipo de enferma tenso-ansiosa e introvertida que es el sustrato de esta condición.

Los estudios urodinámicos se muestran generalmente contradictorios.

Existe un grupo de enfermas con patrones de flujo compatibles con obstrucción en las que no puede demostrarse ninguna estrechez infravesical orgánica.

La demora en iniciar la micción es un hecho muy frecuente, pero no necesariamente constante⁽²²⁾.

La falla de relajación perineal comprobable con EMG es un fenómeno habitual, pero su interpretación debe ser cuidadosamente analizada por los circunstanciales factores de error propios del método (Figura 4).

Es difícil obtener un estado de relajación suficiente en estas pacientes en el ambiente no propicio de un laboratorio de examen.

Es también difícil llegar a conclusiones etiológicas, ya que la sintomatología suele variar en intensidad, en el tiempo y según el estado emocional de la enferma.

El diagnóstico de "Síndrome uretral" es de exclusión y se acompaña con otras manifestaciones psicósomáticas de otros sistemas y aparatos.

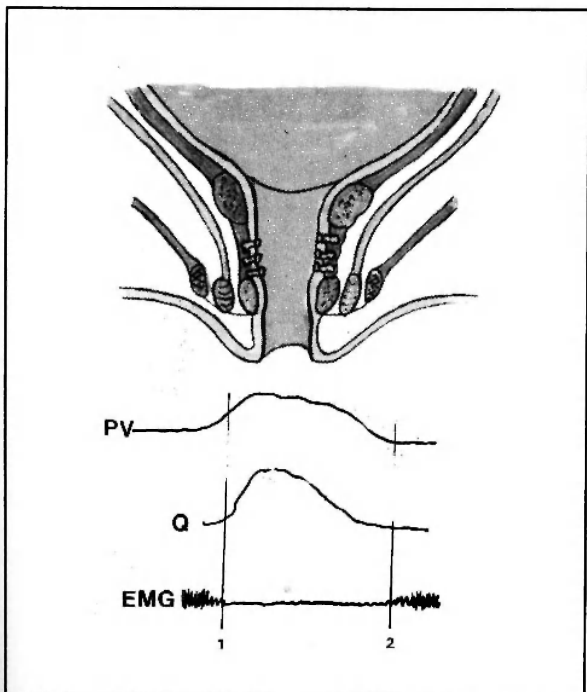


Figura 4a: *En la mujer: Durante la micción, la uretra se relaja (EMG), la presión intravesical (PIV) se eleva y el flujo aparece sin interrupción (Q).*

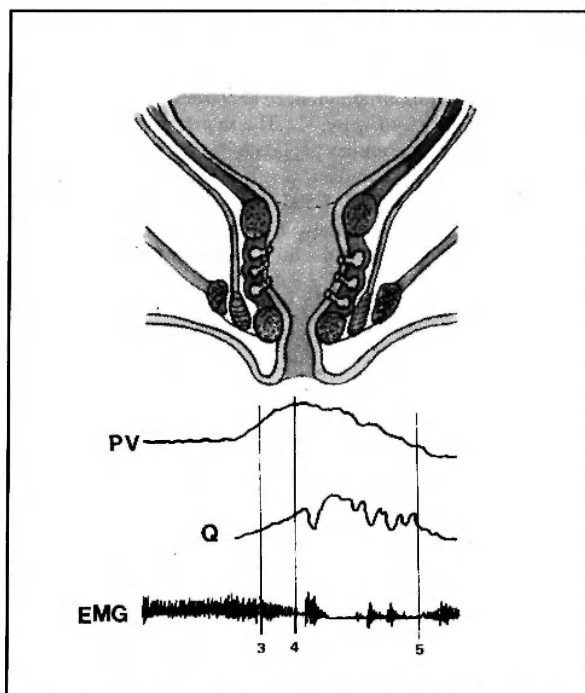


Figura 4b: *En la mujer: Si la relajación uretral no se establece en forma oportuna y sostenida (EMG), el flujo miccional (Q) demora su aparición, es oscilante y prolongado. La presión intravesical máxima se alcanza antes de que el flujo llegue a su presión máxima.*

En esta circunstancia, el aumento de la presión dentro de la uretra facilitaría el reflujo uretro-glandular.

Novena conclusión

El término de "Síndrome uretral" abarca los síntomas irritativos referidos a la uretra femenina que ocurren durante la micción en ausencia de infección e inflamación.

BIBLIOGRAFIA

1. Drach, G. W.; Fair, W. R.; Meares, E. M. y Stamey, T. A.: Classification of benign diseases associated with prostatic pain: prostatitis or prostatodynia? *J. Urol.*, 120:226, 1978.
2. Richmond, S. J.: Microbiology of the Urethra and adjacent areas, en *Sensory Disorders of the Bladder and Urethra*. George, N. J. y Gosling, J. A. (Ed). Springer-Verlag, cap. 10, 1986.
3. Stamm, W. E.; Wagner, K. F.; Amsel, R.; Alexander, E. R.; Turck, M.; Counts, G. W. y Holmes, K. K.: Causes of the acute urethral syndrome in women. *N. Engl. J. Med.*, 303:409, 1980.
4. Anderson, R. U. y Weller, C.: Prostatic secretion leukocyte studies in non-bacterial prostatitis. *J. Urol.*, 121:292, 1979.

5. Thin, R. y Simmons, P. D.: Chronical bacterial and non bacterial prostatitis. *Br. J. Urol.*, 55:513, 1983.
6. Blacklock, N. J. y Beavis, J. P.: The response of the Prostatic Fluid pH in inflamation. *Br. J. Urol.*, 46:537, 1974.
7. Kavanagh, J. P. y Derby, C.: The interrelationship between acid phosphatasa, amino peptidase, diamino oxidasa, citric acid, beta glucorononidasa, pH, and Zinc in human prostatic fluid. *Int. J. Androl.*, 5:503, 1982.
8. Oesterling, J. E.: Prostatic Specific Antigen: A critical assessment of the most useful tumor marker for adenocarcinoma of the prostate. *J. Urol.*, 145:907, 1991.
9. Glenski, W. J.; Maler, R. S. O.; Myrtle, J. F. y Oesterling, J. E.: Sustained, substantially increased concentration of prostate PSA, an usual clinical scenario. *Mayo Clinic. Proc.*, 67:249, 1992.
10. Dairiki Shortliffe, L. M.; Sellers, R. G. y Shachter, J.: The characterization of Nonbacterial Prostatitis: search for an etiology. *J. Urol.*, 148:1461, 1992.
11. Gray, S. P.; Billings, J. y Blacklock, N. J.: Distribution of the inmunoglobulins G., A and M in the prostatic fluid of patient with prostatitis. *Clin. Chim., Acta* 57:163, 1974.
12. Blacklock, N. J.: Anatomical factors in prostatitis. *Br. J. Urol.*, 43:47, 1974.
13. Buck, A. C.: Disorders of micturition in bacterial prostatitis. *Proc. R. Soc. Med.*, 68:508, 1975.
14. Kirby, R. S.; Lowe, D.; Bultitude, M. I. y Shuttleworth, K. E. D.: Intraprostatic urinary reflux; an aetiological factor in abacterial prostatitis. *Br. J. Urol.*, 54:729, 1982.
15. Sternbach, R. A.; Wolf, S. R.; Murphy, R. W. y Akenson, W. H.: Aspects of chronic low back pain. *Psychosomatic*, 14:52, 1976.
16. Coventry, M. B.: Problem of painful shoulder. *J.A.M.A.*, 151:177, 1953.
17. Gómez, J. y Dally, P.: Psychic disturbances in patients with chronic prostatitis. *Br. Med. J.*, 1:1451, 1977.
18. Weir, R. y Backett, E. M.: Incidence of dyspeptic symptoms in North-East Scotland. *Gut*, 9:75, 1968.
19. Osborn, D. E.; George, N. J. R.; Rao, P. N.; Barnard, R. J.; Reading, C.; Marklow, C. y Blacklock, N. J.: Prostatodynia-Physiological characteristic and rational management with muscle relaxants. *Br. J. Urol.*, 53:621, 1981.
20. Drach, G. y Binard, W.: Disponsable peak urinary flowmeter estimates of lower urinary tract obstruction. *J. Urol.*, 115:175, 1976.
21. Powell, N. B. y Powell, E. B.: The female urethra: A clinico-pathological study. *J. Urol.*, 61:557, 1949.
22. Charlton, C. A. C.: Historical Review - Confusions in definition. Sensory Disorders of Bladder and Urethra. Ed. George, N. J. R.; Gosling, J. A. y Springer-Verlag, cap. 9:79, 1986.

*Para todo un problema que afecta a 1 de cada 2
hombres mayores de 50 años*

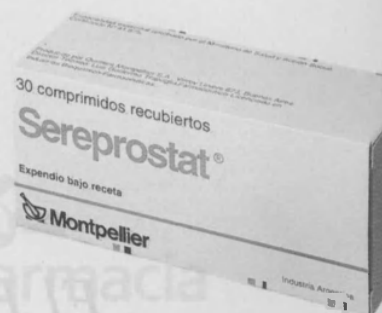


Sereprostat

EXTRACTO HEXANICO DE SERENOA REPENS

Como es natural, el antiprostático total

- **DOBLE ACTIVIDAD TERAPEUTICA:**
 - Limita la hiperplasia del tejido glandular.
 - Contrarresta el edema y la congestión.
- **Supresión de los trastornos miccionales**
- **Absoluta compatibilidad con otras terapéuticas concomitantes**
- **Respeto de la función sexual**
- **Optima tolerancia**



PRESENTACION: Envase conteniendo 30 comprimidos recubiertos



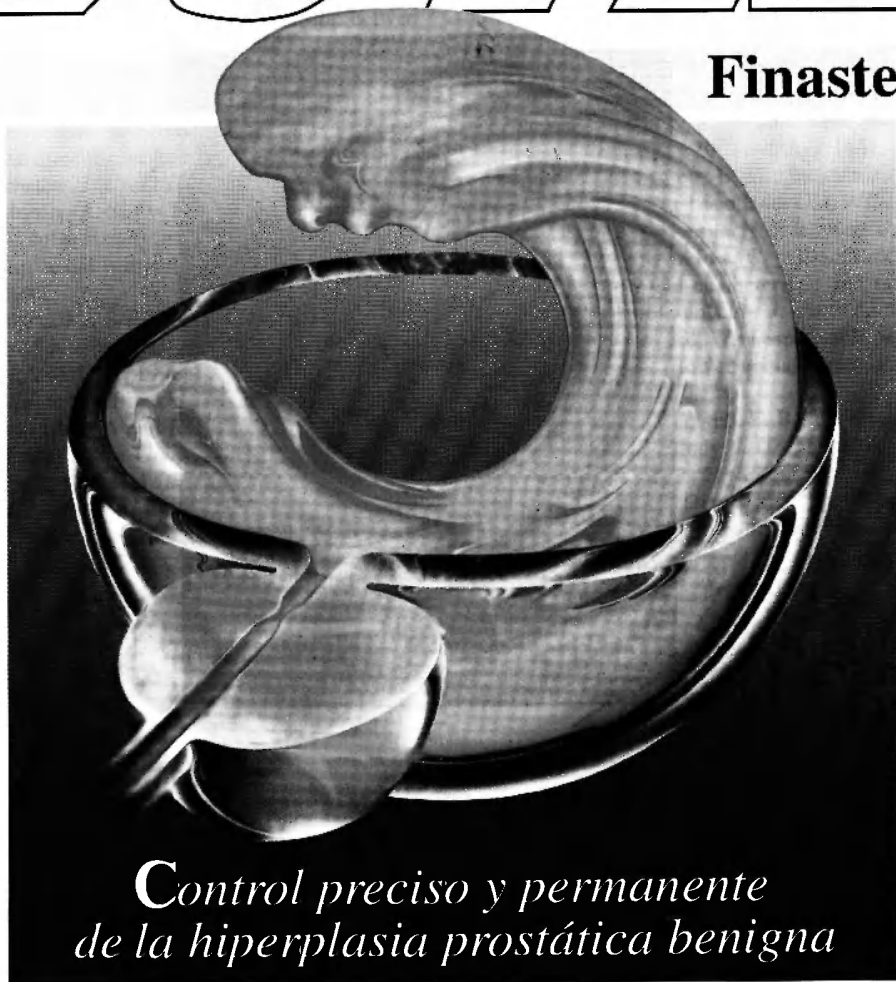
Bajo licencia de
Pierre Fabre Medicament



DIVISION DELTA

EUTIZ

Finasteride



*Control preciso y permanente
de la hiperplasia prostática benigna*

Inhibidor específico de la 5 α Reductasa.

Reduce los niveles de DHT.

Disminuye el tamaño glandular.

Mejora los síntomas obstructivos.

Una sola toma diaria.

**Descuento
PAMI 50 %**

El Finasteride de las ventajas

PRESENTACION

Envases conteniendo 15 y 30
comprimidos recubiertos.

VOLPINO
LABORATORIOS

Cuando la hormonoterapia inicial
para el cáncer prostático está fracasando...



ESTRACYT®

FOSFATO DE ESTRAMUSTINA

Actividad terapéutica
comprobada



MEDICAMENTO ORIGINAL
APOYE LA INVESTIGACION
Aval y Respaldo Científico

Presentación:
Envases conteniendo 100 cápsulas
con 140 mg de Estramustina fosfato, cada una.


Pharmacia
Farmitalia Oncology

RUBIDOX®

Acetato de Ciproterona

BLOQUEO ANDROGENICO COMPLETO EN CARCINOMA DE PROSTATA

Bloqueo de la actividad del eje hipotálamo-hipofisario,
inhibiendo la producción de testosterona.



DOBLE BLOQUEO

Bloqueo de la captación de testosterona por los receptores
androgénicos en el tumor y en sus metástasis.


RONTAG