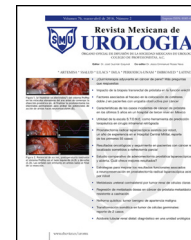




# Revista Mexicana de UROLOGÍA

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA

[www.elsevier.es/uromx](http://www.elsevier.es/uromx)



## EDITORIAL

# Efectos secundarios de los inhibidores de 5- $\alpha$ reductasa en el tratamiento de hiperplasia prostática benigna



La hiperplasia prostática benigna (HPB) se encuentra en más del 50% de los pacientes mayores de 60 años y una cuarta parte de estos pacientes necesitará intervención quirúrgica. Entre un 15% y un 30% presentan síntomas del tracto urinario bajo, que se atribuyen a la hiperplasia y a la disfunción del músculo liso en la vejiga<sup>1</sup>. Al momento de su diagnóstico el clínico cuenta con diferentes opciones terapéuticas tanto como quirúrgicas y médicas.

Los inhibidores de la 5- $\alpha$  reductasa han mostrado beneficios a largo plazo al disminuir el riesgo de retención urinaria, reducción del progreso de la enfermedad y alivio de síntomas urinarios<sup>2</sup>. A su vez, estudios clínicos han evidenciado el aumento de efectos adversos pertinentes al desempeño sexual de los pacientes tratados con estos medicamentos<sup>3</sup>. Entre los principales efectos adversos reportados en la literatura encontramos la disfunción eréctil, disminución de libido y disfunción eyaculatoria<sup>4</sup>. El análisis de ensayos clínicos aleatorizados como el Proscar Long-Term Efficacy and Safety Study (PLESS) ha demostrado que el uso de inhibidores 5- $\alpha$  reductasa incrementa la disfunción sexual<sup>5</sup>. Nuevas investigaciones continúan evidenciando tanto el efecto terapéutico como los efectos adversos<sup>6</sup>.

Recientemente se publicó un metaanálisis donde se reforzó la evidencia del aumento de disfunción sexual en pacientes con HPB tratados con inhibidores de 5- $\alpha$  reductasa. El estudio publicado por Lui et al. evaluó el riesgo de desarrollar disfunción sexual en el tratamiento para HPB y alopecia androgénica con finasteride y dutasteride. Se incluyeron estudios en los que se midió la disfunción sexual con algún instrumento validado. Se obtuvieron de bases electrónicas como PubMed, Embase y Cochrane Library un total de 17 ensayos clínicos aleatorizados que se incluyeron en el análisis. De estos ensayos clínicos se evaluaron 17,494 pacientes, donde 9,628 recibieron inhibidores y 7,866 recibieron placebo. La edad media de los participantes fue de 60.10 años, el promedio de duración de la terapia fue de 17.6 meses a diferentes dosis de dutasteride y finasteride<sup>7</sup>.

El metaanálisis mostró que los inhibidores de 5- $\alpha$  reductasa causaron más efectos adversos en comparación con el placebo en el tratamiento de la HPB. El riesgo relativo para disfunción sexual fue de 2.56 (IC 95% = 1.48-4.42). El grupo de pacientes tratado con inhibidores 5- $\alpha$  reductasa para alopecia androgénica no mostró ningún aumento en el riesgo de estos efectos adversos. En el desglose, se encontró que la disfunción eréctil fue el principal efecto adverso reportado por los ensayos clínicos, con un riesgo relativo de 1.55 (IC 95% = 1.14-2.12). En segundo lugar, la disminución de libido con un riesgo relativo de 1.9 (IC 95% = 1.03-2.79)<sup>7</sup>. Coincidiendo con otro metaanálisis donde los 2 principales efectos adversos reportados fueron similares<sup>8</sup>.

En el tratamiento de la HPB, dutasteride demostró tener un mayor riesgo de disfunción sexual en comparación con finasteride, RR = 4.09 (IC 95% = 1.03-16.31) vs. RR = 1.54 (IC 95% = 1.02-2.32). Es importante aclarar que el tiempo de tratamiento donde se observó un riesgo para desarrollar los efectos adversos fue de 2 años. Se reportó que solo los pacientes tratados con una dosis de dutasteride de 0.5 mg y finasteride de 50 mg presentaron una significación estadística de riesgo<sup>7</sup>.

Debido a que nuestra población apunta al envejecimiento, se puede estimar que la HPB incrementa su incidencia. Cualquiera que sea la manera en la que el clínico decida tratar esta enfermedad deberá ser la más adecuada y personalizada para el paciente. Los grandes estudios con una metodología sólida deberán ser tomados como evidencia necesaria para tomar decisiones médicas.

## Bibliografía

1. Thorpe A, Neal D. Benign prostatic hyperplasia. *Lancet*. 2003;361:1359-67.
2. McConnell JD, Bruskewitz R, Walsh P, et al. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uromx.2016.08.002>

2016-4085/© 2016 Sociedad Mexicana de Urología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

- hyperplasia. Finasteride Long-Term Efficacy and Safety Study Group. *N Engl J Med.* 1998;338:557–63.
3. Naslund M, Miner M. A review of the clinical efficacy and safety of 5 $\alpha$ -reductase Inhibitors for the enlarged prostate. *Clin Ther.* 2007;29:17–25.
  4. Nickel JC, Fradet Y, Boake RC, et al. Efficacy and safety of finasteride therapy for benign prostatic hyperplasia: Results of a 2-year randomized controlled trial (the PROSPECT study). PROscar Safety Plus Efficacy Canadian Two year Study. *CMAJ.* 1996;155:1251–9.
  5. Wessells H, Roy J, Bannow J, et al. Incidence and severity of sexual adverse experiences in finasteride and placebo-treated men with benign prostatic hyperplasia. *Urology.* 2003;61:579–84.
  6. Tacklind J, Fink HA, Macdonald R, et al. Finasteride for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;10:CD006015.
  7. Liu L, Zhao S, Li F, et al. Effect of 5 $\alpha$ -reductase inhibitors on sexual function: A meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *J Sex Med.* 2016;13:1297–310. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609516303149>.
  8. Favilla V, Russo GI, Privitera S, et al. Impact of combination therapy 5-alpha reductase inhibitors (5-ARI) plus alpha-blockers (AB) on erectile dysfunction and decrease of libido in patients with LUTS/BPH: A systematic review with meta-analysis. *Aging Male.* 2016:1–7.

A. García-Vega\*

*Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del IMSS, delegación Colima, Colima, México*

\* Autor para correspondencia. Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del IMSS, delegación Colima. Av. de los maestros 149, centro, CP 28000, Colima, Col. México.  
*Correo electrónico:* [albertogave04@gmail.com](mailto:albertogave04@gmail.com)