

Introducción

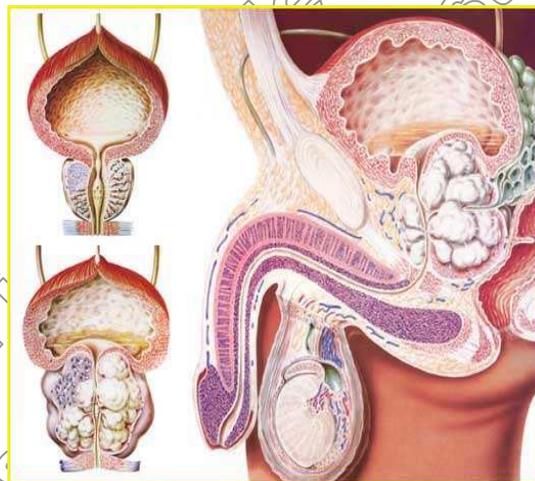
La cirugía prostática obedece a causas oncológicas y no oncológicas; en este último grupo, se destacan la hiperplasia prostática benigna y el absceso prostático.

Hiperplasia Prostática Benigna

Para entender la hiperplasia prostática es necesario definir a la “obstrucción infravesical”, que constituye el conjunto de signos y síntomas del tracto urinario inferior sugestivos de obstrucción del *tracto de salida*, en ausencia de infección u otra afección diferente de las posibles causas de “obstrucción urinaria” (antes llamado “prostatismo”)

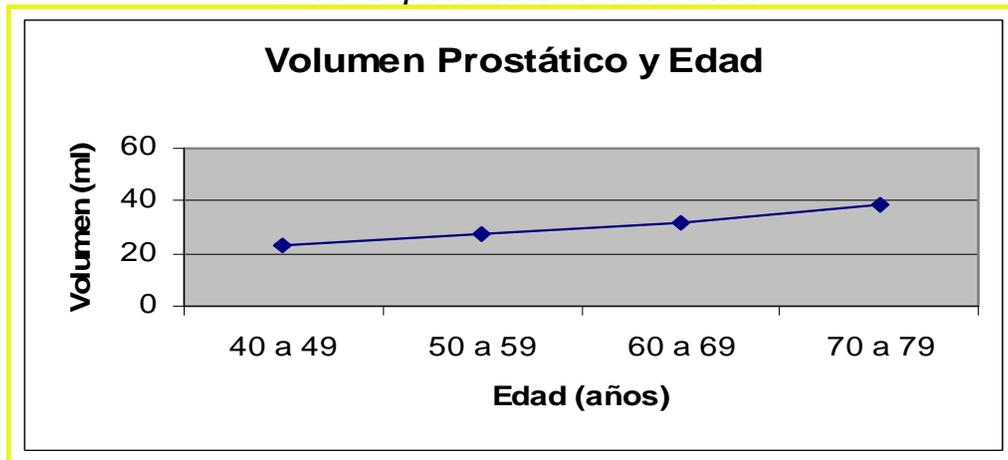
Las causas de obstrucción infravesical comprenden:

- **Hiperplasia benigna de próstata (HPB), considerada la más frecuente**
- Enfermedad del cuello vesical
- Disinergia vesico esfinteriana
- Estenosis de uretra (válvulas uretrales posteriores, uretritis, postraumáticas)



Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<u>Nombre</u>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Patricia Giráldez
<u>Firma</u>		
<u>Fecha</u>	03/06	18/06

El volumen prostático aumenta con la edad



La HPB se presenta, en el 50% de los casos, entre los 51 y los 60 años. La prevalencia es mayor al 90% en mayores de 80 años.

Epidemiología

- Factores socioeconómicos (a mayores ingresos, mayor diagnóstico y menor número de operaciones). Existe diferente percepción subjetiva de los síntomas
- Factores étnicos: igual incidencia entre sujetos de raza blanca o negra, menores tasas en persona de origen asiático
- Historia familiar
- El tabaquismo no influye en el desarrollo de la HPB
- La obesidad abdominal aumenta la frecuencia y gravedad de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI)

Histopatología

La HPB se desarrolla en la **zona transicional** de la glándula. Puede afectar al lóbulo medio y los lóbulos laterales. Se origina en la porción más interna de la glándula (glándulas periuretrales), que, en su crecimiento, van comprimiendo al tejido adyacente (glándulas principales) contra la cápsula prostática verdadera, con atrofia del tejido comprimido y formación de una “pseudocápsula” del adenoma.



Síntomas Asociados

- **Obstructivos:** disminución de la fuerza y calibre del chorro miccional, intermitencia, latencia (necesidad de realizar mayor esfuerzo para orinar), goteo posmiccional, sensación de evacuación incompleta y “micción doble”
- **Irritativos:** urgencia, frecuencia y nocturia

Complicaciones

- Litiasis vesical
- Infección urinaria (ITU), por aumento del volumen residual de orina
- Descompensación vesical (las celdas, trabéculas y divertículos pueden llevar a insuficiencia del detrusor)
- Incontinencia urinaria: por rebosamiento o de urgencia por inestabilidad del detrusor
- Insuficiencia renal
- Hematuria
- Retención aguda de orina

Tratamiento

- **Médico:** alfabloqueantes, inhibidores de la 5 alfa reductasa, fitoterapia
- **Quirúrgico:** resección transuretral (RTU), cirugía a cielo abierto (adenomectomía transvesical, operación de Millin)

HPB: Indicaciones Quirúrgicas	
Retención aguda de orina	ITU recurrente o persistente
STUI sin respuesta a tratamiento médico	Hematuria macroscópica recurrente
Litiasis vesical	Complicaciones nefro-urétero-vesicales

Absceso Prostático

Son infrecuentes (0.5%) y en general se asocian con prostatitis, sobre todo en pacientes diabéticos o inmunodeprimidos. La incidencia resulta creciente entre sujetos en hemodiálisis o con sonda urinaria permanente y obstrucción infravesical

Absceso prostático: clínica		
Fiebre	Escalofríos	Disuria
Tenesmo rectal	Uretorrea	Hematuria
Dolor en la región perineal o suprapúbica		

Los exámenes complementarios de mayor utilidad son la tomografía axial computada y la ecografía transrectal. En la ecografía, el absceso se presenta como una imagen hipoeoica de paredes engrosadas. En la tomografía, el hallazgo es el de una colección de densidad líquida en una glándula prostática aumentada de tamaño.



Los principales agentes etiológicos en el mundo occidental incluyen las enterobacterias, los estafilococos y algunas levaduras. En las naciones de Oriente se destaca *Klebsiella pneumoniae*.

Tratamiento

Incluye los antibióticos intravenosos ± drenaje quirúrgico (los abscesos menores de 1-1.5 cm. pueden ser tratados de forma conservadora, mientras que los de mayor tamaño requieren drenaje quirúrgico)

Tratamiento quirúrgico
Punción-aspiración con aguja, con ecografía transrectal
Resección transuretral prostática (RTU-P) o incisión con cuchilla de uretrotomía interna. Se prefiere en próstatas pequeñas y en gente joven, pues tiene un menor índice de eyaculación retrógrada, bacteriemias, estenosis uretrales e incontinencia urinaria.
El drenaje abierto se reserva para pacientes con próstata muy grande o cuando haya afectación extraprostática
Drenaje perineal (en situaciones de emergencia)



**Bibliografía**

1. López Messa JB, de San Luis González LC, Pascual Palacín R, Domínguez Berrot AM, Tamayo Lomas LM, Álvarez Ruiz A. Absceso prostático como causa poco frecuente de shock séptico. Medicina intensiva 2004; (28)4:222-224
2. Bosquet Sanz M, Gimeno Argente V, Palmero Martí JL, Bonillo García MA, Jiménez Cruz JF, Salom Fuster JV. Absceso prostático: revisión de la literatura y presentación de un caso. Actas Urológicas Españolas 2005;(29)1: 100-104
3. Serrano Frago P, Allepuz Losa C, Fantova Alonso A, Marco Valdenebro A, Allué López M, Rioja Sanz LA. Actualidad en manejo de abscesos prostáticos: a propósito de un caso. Actas Urol Esp. 2006;30(7):720-722
4. Arrighi HM, Metter EJ, Guess HA, Fozzard JL. Natural history of benign prostatic hiperplasia and risk of prostatectomy. Urology 1991, 38:4-8
5. Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby RS, Lukacs B, Meuleman E, O'Leary MP, Puppó P, Robertson C, Giuliano F. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). Eur urol 2003, 44:637-649
6. Roehrborn CG, Bruskewitz R, Nickel GC, Glickman S, Cox C, Anderson R, Kandzari S, Herlihy R, Kornitzer G, Brown BT, Holtgrewe HL, Taylor A, Wang D, Waldstreicher J. Urinary retention in patients with BPH treated with finasteride or placebo over 4 years. Characterization of patients and ultimate outcomes. The PLESS Study Group. Eur urol 2000. 37:528-536