

## **LXXXVII Congreso Nacional de Urología**

Sesión: Próstata oncológica y no oncológica

Sala: Sala Menorca 1; Día: miércoles 12; Hora: 14:15-15:45

---

### **V-97: Reparación de fístula recto-vesical post-prostatectomía radical mediante colgajo pediculado de músculo gracilis.**

Guardiola Ruiz, I. (1); Marengo Jiménez, J.L. (2); García Fadrique, A. (3); Server Gómez, G. (1); Ramírez Backhaus, M. (2); Domínguez Escrig J.L. (2); Collado Serra, A. (2); De Pablos Rodríguez, P. (2); García Cortés, Á. (2); Wong Gutiérrez, A. (2); Gómez-Ferrer Lozano, Á. (2); Casanova Ramón-Borja, J.L. (2)

*(1) Servicio de Urología, Hospital Santa Lucía, Cartagena. (2) Servicio de Urología, Instituto Valenciano de Oncología (Ivo), Valencia. (3) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Instituto Valenciano de Oncología (Ivo), Valencia.*

### **V-98: Enucleación con láser de Holmio en Próstata voluminosa: formación durante la residencia**

Cívico Sánchez, C.; Romero Hoyuela, A.; Barragán Flores, W.A.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Flores Hernández, C.; Ipiens Sáez, M.; Muñoz Guillermo, V.; Barceló Bayonas, I.; Carrillo George, C.; Montoya Chinchilla, R.; Pietricica, B.N.; Izquierdo, Morejón, E.; Cruces de Abia, F. I.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T.

*Hospital General Universitario Morales Meseguer*

### **V-99: Enucleación Prostática con Láser de Holmio en Próstata de Gran Tamaño. A propósito de un Caso Clínico.**

Tapia Tapia Mario Daniel; Calva López Andres; Talavera Cobo Vanessa; Muñoz Bastidas Carmina; Colombas Vives Juan; Labairu Huerta Luis; Gutierrez Castañe Cristina; Ancizu Marckert Javier; Robles García José Enrique; Torres Roca Marcos; Gordo Flores Esther; Chiva San Román Santiago; Diez Caballero Alonso Fernando; Sanchez Zalabardo Daniel; Miñana López Bernardino

*Clinica Universidad de Navarra*

### **V-100: Técnica de acceso lateral para la conservación neurovascular en la prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot.**

Juan Escudero, J.U.; Pallás Costa, Y.S.; Povo Martín, I.J.; Mitjana Biosca S.; Ramos De Campos, M.; Fabuel Deltoro, M.; Pardo Duarte, P.; Sanchez Ballester, F.; Alvarez Barrera, A.; Beltran Puig, M.; Martinez Martinez, F.; Gras Martinez, R.M.; Aparisi Solera, M.; Diaz Gonzalez, M.; Duran Ribera, A.; Lopez Alcina, E.

*Consorcio Hospital General Universitario de Valencia*

### **V-101: Resección transuretral de próstata (RTUP) para la desobstrucción del uréter ectópico prostático dilatado**

Araújo A.S.; Rodrigues R.; Cardoso A.; Laranjo-Tinoco C.; Capinha M.; Pinto L.; Marques V.

*Hospital de Braga, Braga, Portugal*

### **V-102: Drenaje de absceso prostático mediante RTU**

M. Yagüe Barrado; I. Moya Villalvilla; A. Gallego Matey; L. Herrero López; F.J. Porcel Martín; O.O. Rodríguez Cuevas; R. Lucas Mas; M.B. Muñoz Delgado; R. Bermúdez Villaverde; F.J. Sanz Sacristán

*Hospital General de Segovia*

---

**V-103: Prostatectomía Radical robótica de rescate en cancer de prostata radio recurrente en paciente intervenido de adenomectomía retropúbica tipo Millin**

Monllor Méndez, Almudena; Gómez De Segura Melcón, Cristina; Carrión Valencia, Almudena; Orribo Morales, Nuria; Torres León, Lara; Clemente Graffigna, Raquel; Sotillo, Angelo Jesús; Díaz Mesa, Carlos; Rodríguez Talavera, Jonathan; Monllor Gisbert, Jesús  
*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria*

**V-104: Resección transuretral de absceso prostático: ¿un procedimiento a realizar con más frecuencia?**

Cardoso A; Capinha M.D.; Tinoco C.L.; Rodrigues R.M.; Araújo A.S.; Pinto L; Mota P; Torres J.P.  
*Hospital de Braga*

**Reparación de fístula recto-vesical post-prostatectomía radical mediante colgajo pediculado de músculo gracilis.**

Guardiola Ruiz, I. (1); Marengo Jiménez, J.L. (2); García Fadrique, A. (3); Server Gómez, G. (1); Ramírez Backhaus, M. (2); Domínguez Escrig J.L. (2); Collado Serra, A. (2); De Pablos Rodríguez, P. (2); García Cortés, Á. (2); Wong Gutiérrez, A. (2); Gómez-Ferrer Lozano, Á. (2); Casanova Ramón-Borja, J.L. (2)

(1) Servicio de Urología, Hospital Santa Lucía, Cartagena. (2) Servicio de Urología, Instituto Valenciano de Oncología (Ivo), Valencia. (3) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Instituto Valenciano de Oncología (Ivo), Valencia.

- **Introducción.** La fístula recto-vesical es una complicación infrecuente tras prostatectomía radical, que ocurre entre un 0.5% y 5%. Se han descrito diversas técnicas para su reparación, entre las que se encuentra la interposición de músculo gracilis. No obstante, no existe consenso sobre cuál de ellas es la más idónea, por lo que la elección de la técnica dependerá de la experiencia del centro.
- **Objetivo.** Describir la técnica quirúrgica y los resultados de la reparación de fístula recto-vesical mediante abordaje perineal con interposición de colgajo pediculado de músculo gracilis.
- **Descripción del caso.** Varón de 66 años intervenido de prostatectomía radical laparoscópica en otro centro por adenocarcinoma de próstata Gleason 6 (3+3), que reingresa a los 7 días postoperatorios por peritonitis fecaloidea debido a perforación rectal, por lo que se realiza una colostomía. Posteriormente, se realiza un cisto-TC y una cistoscopia, que evidencian una fístula recto-vesical. Se decide, a los 2 meses de la prostatectomía radical, realizar una reparación quirúrgica de la fístula, mediante colgajo pediculado de músculo gracilis.
- **Técnica quirúrgica:** Se lleva a cabo una cistoscopia y se colocan catéteres ureterales. Se coloca al paciente en posición de litotomía forzada y se realiza una incisión perineal en semiluna. Se disecciona el espacio prerrectal, se visualiza el orificio fistuloso y se lleva a cabo la fistulorrafia. Se realizan dos incisiones en la cara interna del muslo izquierdo, donde se localiza el músculo gracilis, se desinserta en su porción distal y se asciende mediante un túnel subcutáneo hasta el espacio recto-vesical, donde se sutura.
- **Resultados:** El postoperatorio inmediato discurre sin incidencias. Al mes se realiza cistografía, en la que no se objetiva la fístula. El paciente no presenta pérdida de fuerza muscular en el miembro inferior izquierdo y consigue una recuperación funcional completa. A los 9 meses permanece sin recidiva de la fístula.
- **Conclusiones.** La interposición de colgajo pediculado de músculo gracilis mediante abordaje perineal, se puede considerar una opción quirúrgica eficaz y segura para la reparación de la fístula recto-vesical.

**Enucleación con láser de Holmio en Próstata voluminosa: formación durante la residencia**

Cívico Sánchez, C.; Romero Hoyuela, A.; Barragán Flores, W.A.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Flores Hernández, C.; Ipiens Sáez, M.; Muñoz Guillermo, V.; Barceló Bayonas, I.; Carrillo George, C.; Montoya Chinchilla, R.; Pietricica, B.N.; Izquierdo, Morejón, E.; Cruces de Abia, F. I.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T.

*Hospital General Universitario Morales Meseguer*

**INTRODUCCIÓN**

La enucleación con láser de Holmio (HoLEP) es el gold estándar en el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata ya que puede tratar próstatas de cualquier tamaño con resultados duraderos. Sin embargo, la prolongada curva de aprendizaje, calculada en torno a 35-40 pacientes, ha limitado su difusión. Es conveniente que cada centro aliente a sus residentes al aprendizaje de esta técnica.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Paciente de 68 años cuyo tacto rectal impresionaba de próstata IV/IV adenomatosa, no sospechosa y PSA de 6.14 ng/ml. En cistoscopia: uretra normal, próstata trilobulada, subjetivamente obstructiva y congestiva con sangrado al mínimo roce. Por último, la ecografía abdominal informaba de un volumen de 300 gramos. Se describe la técnica con la que se ha sistematizado el aprendizaje de los residentes en nuestro centro, individualizando siempre el caso según el paciente.

Realizamos cistoscopia e identificación de meatos ureterales. Se continúa con disección apical de ambos lóbulos con una sección circunferencial hasta preesfínter, ya que consideramos que se accede al plano más fácilmente y permite preservar mejor las fibras del esfínter urinario externo, lo cual se ve reflejado en mejor continencia temprana.

Unimos los planos con la disección de la porción media sobre veru montanum. Se realiza la cervicotomía hasta el plano creado previamente sobre veru montanum y ampliamos esta disección. Realizamos la disección del plano anterior hasta el corte de mucosa esfinteriana proyectada sobre los lóbulos y ampliamos hacia planos laterales. Finalmente, unimos los planos creados previamente y seguimos la disección teniendo como referencia el cuello vesical hasta poder descolgar los lóbulos. Finalizamos con la morcelación de los lóbulos enucleados.

**RESULTADOS**

La cirugía tuvo una duración de 150 minutos. A las 48 horas tras la intervención, se retiró la sonda vesical y el paciente fue dado de alta. En nuestro centro comenzamos el protocolo de aprendizaje en enucleación desde el tercer año de residencia dentro del programa del servicio.

**CONCLUSIONES**

El HoLEP es una técnica mínimamente invasiva y versátil que permite la enucleación de próstatas de cualquier tamaño. Consideramos que se debe formar a los residentes con una técnica estandarizada y optimizada en aquellos centros con experiencia en esta técnica.

**Palabras clave:** enucleación, próstata, Holmio

Presentación: Vídeo

### **Enucleación Prostática con Láser de Holmio en Próstata de Gran Tamaño. A propósito de un Caso Clínico.**

Tapia Tapia Mario Daniel; Calva López Andres; Talavera Cobo Vanessa; Muñoz Bastidas Carmina; Colombas Vives Juan; Labairu Huerta Luis; Gutierrez Castañe Cristina; Ancizu Marckert Javier; Robles García José Enrique; Torres Roca Marcos; Gordo Flores Esther; Chiva San Román Santiago; Díez Caballero Alonso Fernando; Sanchez Zalabardo Daniel; Miñana López Bernardino  
*Clinica Universidad de Navarra*

### **Título: Presentación de Vídeo –Enucleación Prostática con Láser de Holmio en Próstata de Gran Tamaño. A propósito de un Caso Clínico.**

#### **Introducción:**

La adenomectomía abierta es la intervención quirúrgica que se ha empleado tradicionalmente en pacientes con síntomas moderados o graves del tracto urinario inferior secundarios a una obstrucción prostática superior a los 100 centímetros cúbicos (cc). En comparación con la enucleación con láser Holmio (HoLEP) esta técnica implica tasas de hospitalización prolongadas, mayor tiempo de sondaje vesical y necesidad de transfusiones sanguíneas. El HoLEP emerge como una alternativa comparable en casos de próstatas de gran volumen dada la eficacia demostrada y su baja tasa de complicaciones.

#### **Materiales y Métodos:**

Presentamos el caso de un hombre de 71 años evaluado en consulta de Urología por sintomatología del tracto urinario inferior y hematuria con coágulos recurrente desencadenada por los esfuerzos. En ecografía urológica se estima un volumen prostático de 419 cc. Debido a un PSA de 8,82 ng/ml e índice del 27% se completa estudio con resonancia magnética que informa un tamaño prostático de 390 cc sin focos sospechosos de malignidad. Ante los resultados obtenidos se decide la realización de una enucleación prostática con láser HoPLUS 150 W de JenaSurgical utilizando una fibra de 550 µm y morcelador DrillCut-X ® II. Los parámetros empleados fueron 1,6 Julios y 35 Hz.

#### **Resultados:**

La cirugía tuvo una duración total de 2 horas y 30 minutos (tiempo de enucleación de 100 minutos y 50 minutos de morcelación). El peso total en fresco morcelado fue de 370 gramos con diagnóstico anatomopatológico de hiperplasia glandular de próstata. La sonda vesical se retiró a las 48 horas de la intervención con posteriores micciones espontáneas confortables. La estancia hospitalaria total fue de 4 días.

#### **Conclusiones:**

En nuestra experiencia, el HoLEP se trata de una técnica quirúrgica factible en próstatas con un volumen superior a 100 cc. Por tanto, constituye una alternativa segura y eficaz a la adenomectomía clásica, asociada a menores tasas de complicaciones y de hospitalización, especialmente en manos de cirujanos experimentados.

**Técnica de acceso lateral para la conservación neurovascular en la prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot.**

Juan Escudero, J.U.; Pallás Costa, Y.S.; Povo Martín, I.J.; Mitjana Biosca S.; Ramos De Campos, M.; Fabuel Deltoro, M.; Pardo Duarte, P.; Sanchez Ballester, F.; Alvarez Barrera, A.; Beltran Puig, M; Martinez Martinez, F.; Gras Martinez, R.M.; Aparisi Solera, M.; Diaz Gonzalez, M.; Duran Ribera, A.; Lopez Alcina, E.

*Consorcio Hospital General Universitario de Valencia*

La prostatectomía radical robótica se ha convertido en el gold standard para el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata localizado y localmente avanzado.

La complicación más frecuente de esta cirugía es la disfunción eréctil post prostatectomía.

La cirugía robótica ha sido la única capaz de demostrar una reducción en la tasa de disfunción eréctil post-prostatectomía. La versatilidad técnica que ofrece el robot ha propiciado la descripción de nuevos accesos y de nuevas técnicas de conservación neurovascular (como la técnica de conservación del espacio de Retizus y la técnica de conservación del Velo de Afrodita)

Con el siguiente trabajo describimos la técnica de acceso lateral para la conservación de las bandeletas neurovasculares en la que se preserva la totalidad del arco tendinoso pélvico (tanto la fascia endopélvica como los ligamentos puboprostáticos) y se inicia la disección de las bandeletas desde un plano subfascial lateral.

Si bien los resultados funcionales a medio y largo plazo de esta técnica son todavía inmaduros, consideramos que es una técnica reproducible y con buenos resultados a corto plazo que puede tener impacto tanto en la conservación de la función eréctil como en la recuperación precoz de la continencia urinaria.

**Resección transuretral de próstata (RTUP) para la desobstrucción del uréter ectópico prostático dilatado**

Araújo A.S.; Rodrigues R.; Cardoso A.; Laranjo-Tinoco C.; Capinha M.; Pinto L.; Marques V.

*Hospital de Braga, Braga, Portugal*

Introducción: Los uréteres ectópicos y los ureteroceles son entidades distintas, pero comparten muchas características comunes y vías de desarrollo, con sutiles variantes que causan apariencias diferentes. Por lo tanto, dado que su tratamiento clínico sigue siendo un reto, nuestro objetivo es demostrar la viabilidad y seguridad de un abordaje mínimamente invasivo para la desobstrucción del uréter ectópico prostático dilatado. Varón de 39 años remitido a nuestras consultas por síntomas del tracto urinario inferior. Niega infecciones urinarias ni dolor. Función renal normal. En el TC se observa riñón derecho (RD) con duplicación pieloureteral completa, atrofia del polo renal superior con ectasia del sistema excretor y un probable ureterocele. En el renograma mostró un RD con exclusión funcional del componente superior y un componente renal inferior normal con sólo una leve estasis de la pelvis (RD25,6%; RI74,4%). Después de discutir riesgo-beneficio, se propuso al paciente, la incisión transuretral del ureterocele para corrección de la obstrucción y preservación de la función del polo inferior del RD. Métodos: La cistoscopia intraoperatoria reveló orificios ureterales ortotópicos derecho e izquierdo, pero no se observó ureterocele como se esperaba. Si se objetivó orificio ureteral ectópico por encima del verumontanum y otro en la uretra prostática próximo al cuello vesical. El cateterismo de los uréteres ectópicos confirmó un sistema bilateral completo duplicado. A continuación, se procedió a una RTUP para desobstrucción del uréter ectópico derecho dilatado. Resultados: El postoperatorio transcurrió sin incidencias. A los 2 meses, el paciente se encontraba asintomático sin infecciones ni sintomatología urinaria irritativa. La cistografía retrógrada postoperatoria y el TC demostraron la presencia de reflujo vesicoureteral derecho y ausencia de ureterohidronefrosis bilateral. El renograma mostró una mejoría significativa de la función diferencial renal (RD37%; RI63%). Conclusiones: Con este caso clínico pretendemos demostrar la rareza de esta entidad clínica y mostrar un procedimiento mínimamente invasivo y con una baja morbilidad asociada, para el tratamiento del uréter ectópico hidronefrótico, y con la consiguiente mejoría de la función renal. No obstante el paciente debe ser informado de la posibilidad de presentar reflujo vesicoureteral e infecciones y por tanto, poder requerir de una cirugía más invasiva.

**Drenaje de absceso prostático mediante RTU**

M. Yagüe Barrado; I. Moya Villalvilla; A. Gallego Matey; L. Herrero López; F.J. Porcel Martín; O.O. Rodríguez Cuevas; R. Lucas Mas; M.B. Muñoz Delgado; R. Bermúdez Villaverde; F.J. Sanz Sacristán

*Hospital General de Segovia*

**Introducción:** el absceso prostático es una patología infrecuente, siendo una complicación rara de prostatitis aguda y ocasionalmente se debe a diseminación hematógena. Se localiza en la periferia glandular y es más frecuente en pacientes diabéticos y en inmunosuprimidos. Puede manifestarse con clínica miccional irritativa, retención aguda de orina, fiebre y dolor perineal. El diagnóstico se realiza mediante TAC y ecografía transrectal y el drenaje del mismo puede realizarse mediante punción transperineal o resección transuretral de próstata (RTU). Requiere, además, antibioterapia prolongada.

**Material y métodos:** presentamos el caso de un varón de 56 años, hipertenso y alcohólico, con síntomas de tracto urinario inferior crónicos, al cual se le había realizado previamente una orquiectomía izquierda por un absceso testicular. Acude por presentar fiebre, masa inguino-escrotal izquierda dolorosa, caliente y eritematosa. El resto de la exploración física es anodina. Analíticamente cabe destacar leucocitosis con desviación izquierda, coagulación y función renal normales y elevación de reactantes de fase aguda. En TC pélvico se visualiza colección mal definida en bolsa escrotal izquierda y en próstata lesión quística bilobulada con realce de pared, ambas sugestivas de abscesos. Se procede a drenar el primer lugar la colección inguino-escrotal izquierda. En segundo lugar, comenzamos la RTU, resecando tejido prostático hasta visualizar cavidad tapizada llena de pus y se continúa regularizando todas las paredes de dicha cavidad. Continuamos realizando una RTU de próstata según técnica habitual. Finalmente, se realiza hemostasia cuidadosa y se comprueba la indemnidad de meatos ureterales.

**Resultados:** en el postoperatorio inmediato, el paciente inicia la deambulación y la tolerancia oral. Durante el ingreso, porta sonda vesical y recibe ceftriaxona y tobramicina intravenosos. Es dado de alta al cuarto día postoperatorio sin sonda vesical.

Se realiza una ecografía transrectal postoperatoria en la que se visualiza celda prostática vacía, pero no áreas sugestivas de abscesos. Además, realizamos flujometría, siendo una curva normal y representativa.

**Conclusión:** la RTU de próstata es una buena alternativa para el tratamiento de ciertos abscesos prostáticos simultáneo a síntomas de tracto urinario inferior, para resolución más definitiva de dichos síntomas.



**Prostatectomía Radical robótica de rescate en cancer de prostata radio recurrente en paciente intervenido de adenomectomía retropúbica tipo Millin**

Monllor Méndez, Almudena; Gómez De Segura Melcón, Cristina; Carrión Valencia, Almudena; Orribo Morales, Nuria; Torres León, Lara; Clemente Graffigna, Raquel; Sotillo, Angelo Jesús; Díaz Mesa, Carlos; Rodríguez Talavera, Jonathan; Monllor Gisbert, Jesús

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria*

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Varón de 69 años. Antecedentes personales: HTA. Adenomectomía prostática tipo Millin en 2018.

En controles con Urología presenta tacto rectal (TR) patológico. Biopsia transrectal de próstata (BTRP): adenocarcinoma acinar de próstata (AdenoCaP) Gleason 4+4 bilateral. RMN descarta invasión locoregional (cT2N0M0).

Tratamiento con RT externa (VMAT) (dosis total 70 Gy) + TDA. PSA al inicio 20 ng/mL. PSA nadir 0,08 ng/mL.

3 años postfinalización de la RT, recidiva bioquímica (PSA 2,5 ng/mL). Se reestadifica con TC, Gammagrafía Ósea (GO), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) + 18 F Colina PET-TC.

TC y GO negativa. En RMN: signos de RTU. Hipointensidad difusa por cambios postterapia. Dudoso foco de restricción de difusión en hemipróstata izquierda. No otras lesiones.

PET TC positivo: foco hipermetabólico sugestivo de enfermedad tumoral maligna en región posteroinferior del lóbulo prostático izquierdo (17,5 x 11 mm).

BTRP de confirmación: adenoCaP Gleason 4+4 bilateral. Se comenta caso en comité de tumores. Paciente ECOG 0.

Incontinencia urinaria (IU) (1-2 *PadsPerDay*), disfunción eréctil moderada (IIEF-5: 9).

**Se decide prostatectomía de rescate (sRP) + linfadenectomía ilioobturatriz bilateral mediante Robot Da Vinci Xi, que presentamos en este vídeo.** Tiempo quirúrgico de 02:47 min. No complicaciones ni transfusión de sangre intraoperatoria.

Análisis histopatológico: pT3bR1. Efecto postratamiento RT marcado. Gleason no valorable.

Buena evolución postoperatoria, alta a domicilio a las 48 h. Retirada de sonda vesical a los 9 días. PSA <0,01ng/mL a las 6 semanas. IU (2 *PadsPerDay*). Buena satisfacción global.

**CONCLUSIÓN**

La sRP es un tratamiento efectivo para un grupo seleccionado de pacientes. No obstante, se trata de un procedimiento técnicamente exigente con mayor morbilidad que la de una cirugía primaria.

**Resección transuretral de absceso prostático: ¿un procedimiento a realizar con más frecuencia?**

Cardoso A; Capinha M.D.; Tinoco C.L.; Rodrigues R.M.; Araújo A.S.; Pinto L; Mota P; Torres J.P.

*Hospital de Braga*

Introducción: Los abscesos prostáticos (AP) son poco frecuentes pero pueden provocar una morbimortalidad importante. Los factores de riesgo incluyen inmunodepresión, catéteres permanentes e instrumentación urinaria reciente. Se pueden utilizar varias opciones de tratamiento: antibióticos (Atb); drenaje transperineal o transrectal guiado por ultrasonido (TRUS); o resección transuretral (RTU).

Material y métodos: Un hombre sano de 67 años sufrió un traumatismo cervical que le provocó tetraplejía. Por este motivo se iniciaron corticoides y se colocó catéter uretral (CU) permanente. Un mes después el paciente desarrolló fiebre asintomática. La tomografía computarizada (TC) reveló 2 AP (4,4 cm en el lóbulo derecho, 3,2 cm en el izquierdo). Se inició Atb y se realizó drenaje TRUS inmediato. La fiebre persistió y una TC 2 días (d) después, revelando persistencia de los AP. Se repitió el drenaje transrectal. Hubo una marcada mejoría clínica y de laboratorio. Se mantuvo Atb, pero una TC 2 semanas (s) después reveló AP multiloculados bilateral persistente de 5 cm. Un tercer drenaje TRUS se realizó. Sin embargo, con AP persistente en la TC 2S después, se propuso la RTU.

RESULTADOS: Usando un resectoscopio bipolar 26Fr encontramos solo una protrusión asimétrica del lóbulo prostático derecho. Después de la resección inicial del tejido de aspecto normal, se drenó material necrótico y abundante pus. La cavidad de AP fue inspeccionada y coagulada. El tacto rectal durante la RTU ayudó al drenaje completo y confirmó que no había lesión rectal.

La RTU duró 45min, sin complicaciones. Atb se mantuvo 4S y la TC confirmó la resolución de los AP. La uretrrocistoscopia 2 meses después de la RTU no encontró loci prostáticos significativos. Un año después, el paciente continúa sin recurrencia de prostatitis o AP.

CONCLUSIONES: La RTU es un tratamiento seguro, simple, eficiente y eficaz para la AP, que debe considerarse rápidamente en caso de AP grande y multiloculada, o recurrencia después del drenaje transrectal. La literatura sugiere que RTU por AP puede acortar la estancia hospitalaria y el uso de Atb, sin mayores complicaciones en comparación con la RTU para el agrandamiento prostático benigno. Creemos que la RTU debería haberse realizado antes, y la recomendamos para casos similares.

Palabras clave: absceso prostático; drenaje transrectal; resección transuretral