

Hiperplasia prostática gigante

Giant prostatic hyperplasia

Eduardo Morales Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0003-1416-8755>

Tomás Lázaro Rodríguez Collar^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3769-5024>

Santiago Carrillo González¹ <https://orcid.org/0000-0003-1406-0664>

Jorge Luis Pompa Ferrales¹ <https://orcid.org/0000-0003-1787-7899>

¹Hospital Militar Central “Dr. Carlos Juan Finlay”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: tomasrc@infomed.sld.cu

RESUMEN

La hiperplasia prostática gigante es una rareza en la práctica urológica diaria. El objetivo del presente artículo es describir las particularidades clínicas y terapéuticas de un caso con hiperplasia prostática gigante. Se trata de un paciente, de 68 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial e hiperplasia prostática con tratamiento de terazosina. Tras suspender este medicamento, presentó síntomas urinarios obstructivos bajos severos que lo llevaron a la retención completa de orina, por lo que acudió al departamento de urgencias del hospital. Al examen del abdomen se constató globo vesical y al tacto rectal, una próstata muy aumentada de tamaño y de consistencia fibroelástica. Al no lograrse cateterizar la vejiga, vía uretral, se le realizó cistostomía por punción. Después de este proceder presentó hematuria significativa que ocupó la vejiga con coágulos, por lo que fue operado de urgencia. Se constató un adenoma prostático muy voluminoso que pesó 542 g. Presentó infección de la herida quirúrgica en el posoperatorio mediato. Aunque la adenomectomía retropúbica abierta es una opción válida para la exéresis de la

hiperplasia prostática gigante, diversas variantes terapéuticas mínimamente invasivas se vislumbran como alternativas para disminuir las pérdidas sanguíneas y evitar complicaciones.

Palabras clave: próstata; hiperplasia prostática; prostatectomía; procedimientos quirúrgicos robotizados; laparoscopia; embolización terapéutica.

ABSTRACT

Giant prostatic hyperplasia is a rarity in daily urological practice. This case is presented with the aim of describing the clinical and therapeutic particularities of a patient with giant prostatic hyperplasia and briefly reviewing the literature on the subject. This is a 68-year-old patient with a history of type 2 diabetes mellitus, high blood pressure and prostatic hyperplasia with terazosin treatment. After stopping the use of this medicine, he began to develop severe low obstructive urinary symptoms, which led to full urine retention, so he showed up in the hospital's emergency room. During the examination of the abdomen, it was found a bladder balloon and in the rectal examination a very enlarged and with fibroelastic consistency prostate. After not being able to catheterize the bladder by the urethral way, a cystostomy was performed by puncture. After this procedure, he had significant hematuria that occupied the bladder with clots, so he underwent an emergency surgery. A very bulky prostate adenoma was found weighing 542 g. He developed infection in the surgical wound in the mediate postoperative period. The histopathologic report of the specimen was fibroadenomatous prostate hyperplasia and chronic prostatitis. In conclusion, although open retropubic adenectomy is a valid option for the exeresis of giant

prostate hyperplasia, various minimally invasive therapeutic variants are glimpsed as alternatives to reduce blood losses and avoid complications.

Keywords: Prostate; prostatic hyperplasia; prostatectomy; robotic surgical procedures; laparoscopy; therapeutic embolization.

Recibido: 28/12/2021

Aceptado: 26/04/2021

Introducción

La hiperplasia prostática es la causa más común de síntomas urinarios obstructivos bajos, a partir de los 50 años de edad. Los síntomas pueden ser leves o producir severas complicaciones como la hematuria profusa, la retención completa de orina o la insuficiencia renal crónica. Muchas veces no existe relación directa entre el volumen de la glándula y la intensidad de los síntomas que ocasiona.⁽¹⁾

Se considera que existe hiperplasia prostática gigante (HPG) cuando el peso del adenoma sobrepasa los 500 g.^(1,2) La causa de este crecimiento tan exagerado del tejido prostático, no se conoce aún. Por esta razón, los autores recomiendan profundizar las investigaciones al respecto.⁽³⁾

El objetivo del artículo es describir las particularidades clínicas y terapéuticas de un paciente, de 68 años de edad, con hiperplasia prostática gigante.

Presentación del caso

Paciente de 68 años de edad de piel negra. Antecedentes de hipertensión arterial controlada, solo con hidroclorotiazida. La diabetes mellitus tipo 2 fue tratada con glibenclamida a dosis tope. Tenía diagnóstico de hiperplasia prostática con

tratamiento de terazosina desde hacía un año. Su único hermano fue operado por hiperplasia prostática años atrás.

Asistió al centro de urgencias del Hospital Militar “Dr. Carlos Juan Finlay” por presentar retención completa de orina, relacionada con la suspensión del tratamiento con terazosina. Al examen físico del abdomen se confirmó aumento del panículo adiposo y la presencia de globo vesical. Los genitales eran normales. En el tacto rectal la próstata estaba aumentada de tamaño grado III-IV, superficie lisa, fibroelástica, bien delimitada, no dolorosa pero imposible de movilizar con el dedo por su gran tamaño.

Luego de varios intentos no se le pudo colocar sonda uretro-vesical de ningún tipo ni calibre. Por tanto, fue necesario realizarle cistostomía por punción guiada por ultrasonido. En este último se apreció que ambos riñones eran normales en posición y tamaño, y que no presentaban litiasis ni ectasia. La vejiga en repleción con sus paredes engrosadas y sin lesiones tumorales; tampoco había litiasis en su interior. La próstata muy aumentada de tamaño, heterogénea y con marcada prominencia del lóbulo medio. El volumen prostático se estimó en unos 206 mL.

La hemoglobina estaba en 12,7 g/L, el hematocrito en 41 vol. /% y la creatinina en 102 μ mol/L. El coagulograma también fue normal.

Por la sonda de cistostomía drenó orina con hematuria, la que al intensificarse con el paso de las horas motivó el ingreso hospitalario del paciente. Se le colocaron hidratación y antibióticos parenterales, así como ácido tranexámico endovenoso. Además, se le realizaron varios lavados vesicales con solución de cloruro de sodio al 0,9 %. No obstante, las medidas tomadas, al día siguiente del ingreso, la vejiga se ocupó completamente por coágulos y fue necesario intervenir de urgencia.

Se procedió a la cistotomía exploradora y una vez extraídos todos los coágulos de su interior, se verificó la presencia de una próstata de considerables dimensiones. Se procedió entonces a su exéresis mediante adenomectomía retropúbica y fue necesario realizar otra incisión de la cápsula prostática en sentido vertical para poder extraer el adenoma sin desgarrar aquella. La glándula prostática estaba

conformada por dos lóbulos laterales voluminosos, unidos a un lóbulo medio también de grandes dimensiones (Fig. 1).

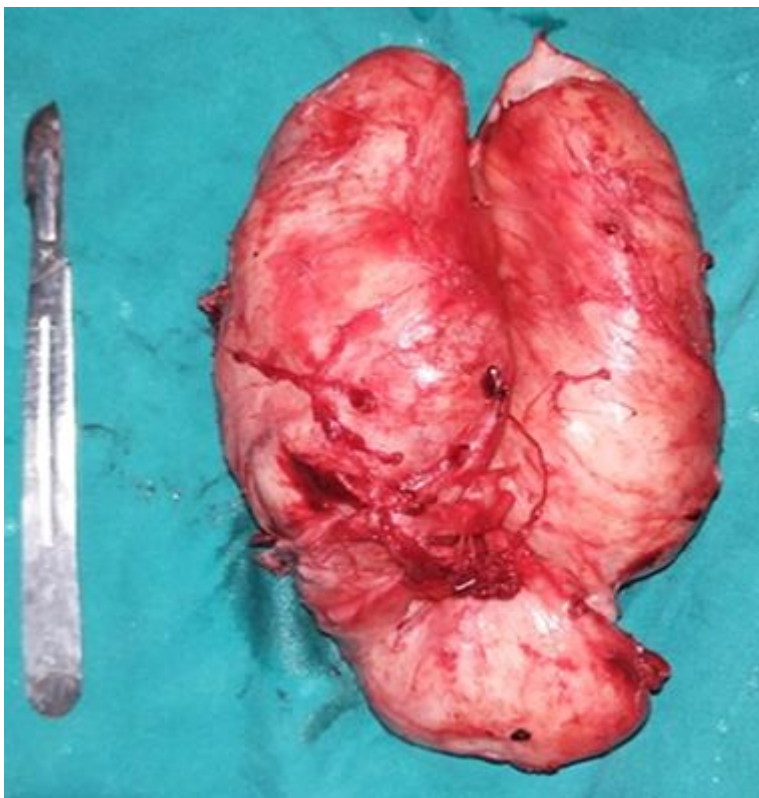


Fig. 1 – Vista del gran adenoma prostático trilobulado. Compárese su tamaño con el del portabisturí estándar No. 4.

En el transoperatorio el paciente perdió unos 2000 mL de sangre, por lo que fue necesario transfundirlo con concentrado de glóbulos rojos durante y después del acto quirúrgico.

Como la pieza quirúrgica pesó 542 g, se clasificó como HPG. El informe histopatológico del espécimen fue hiperplasia fibroadenomatosa de la próstata y prostatitis crónica.

El paciente evolucionó con infección de la herida quirúrgica, lo que le provocó dehiscencia parcial de su tercio inferior. Una vez que desaparecieron los estigmas de infección en la herida se realizó su cierre por tercera intención. Se le mantuvo la sonda uretro-vesical durante tres semanas y con tratamiento antibiótico oral por

28 días. En las dos consultas posoperatorias a las que ha asistido se ha constatado su pronta recuperación y no ha referido dificultades para orinar.

Discusión

La hiperplasia protática es la afección urogenital que predomina en el hombre a partir de la edad media de la vida. La HPG es infrecuente en el quehacer cotidiano del urólogo.⁽⁴⁾

Por lo general, los pacientes que presentan HPG tienen antecedentes de variados síntomas urinarios obstructivos bajos, aunque se han reportado casos prácticamente asintomáticos.⁽⁴⁾ En muchos de ellos sobreviene la retención completa de orina, y en otros, es la hematuria profusa la que provoca que la vejiga se llene de coágulos y se torne imposible extraerlos a través de una sonda, aunque esta sea de grueso calibre,⁽⁵⁾ tal y como ocurrió en el paciente de este reporte. Con menos frecuencia la forma de presentación clínica de la HPG está dada por la presencia de una masa retropúbica de gran tamaño.^(6,7,8)

Según los autores consultados, los pacientes con diagnóstico de HPG deben ser intervenidos quirúrgicamente solo cuando no respondan al tratamiento medicamentoso con la consecuente afectación de la calidad de vida, presenten retención completa de orina o hematuria intensa que los lleve a la inestabilidad hemodinámica o a la retención vesical por coágulos, como ocurrió en el caso presentado.

Tales recomendaciones se fundamentan en las pérdidas sanguíneas que pueden producirse en el transoperatorio, que en ocasiones obligan a la ligadura de las arterias ilíacas internas como medida salvadora, para así evitar que se produzcan complicaciones severas, entre ellas la muerte del paciente.^(1,2,5,8)

Para el tratamiento quirúrgico de la HPG se emplea, con mayor frecuencia, la cirugía abierta convencional, ya sea mediante el acceso suprapúbico como el

retropúbico,^(1,2,4,5) esta última fue la vía que se utilizó con éxito en el paciente que se presenta en este artículo.

Esta modalidad de abordaje para la cirugía de la hiperplasia prostática, aunque es segura y de uso rutinario por los urólogos, exige de la aplicación de una técnica quirúrgica cuidadosa, sobre todo en lo referente a la hemostasia. Por lo general, en estos casos se produce sangramiento profuso.

Otros autores como *Zeng* y otros⁽⁹⁾ proponen el uso de técnicas de mínimo acceso para el tratamiento de la HPG mediante la adenomectomía laparoscópica. Reportan haber obtenido resultados satisfactorios con un tiempo quirúrgico de 300 minutos y pérdidas sanguíneas de solo 800 mL en el paciente de su reporte. *Carbonara* y otros⁽⁷⁾ lograron un tratamiento exitoso mediante cirugía robótica en un paciente con HPG con un volumen prostático de 990 cc, en el cual invirtió un tiempo operatorio total de 240 minutos y se produjo un sangramiento de 1000 mL aproximadamente.

Más recientemente *Somwaru* y otros⁽¹⁰⁾ expusieron su experiencia en el tratamiento de pacientes con HPG a través de la embolización percutánea de la arteria prostática con eficacia comprobada a largo plazo en casos con severos síntomas obstructivos del tracto urinario inferior.

Los autores proponen el uso de esta modalidad terapéutica en pacientes muy sintomáticos, en los que ha fallado el tratamiento medicamentoso y en los que presentan alto riesgo quirúrgico.

Conclusiones

La HPG es infrecuente. El tratamiento quirúrgico solo se hará cuando esté absolutamente justificado. Aunque la adenomectomía retropúbica abierta es una opción válida para su exéresis, diversas variantes terapéuticas mínimamente invasivas se vislumbran como alternativas para disminuir las pérdidas sanguíneas y evitar complicaciones.

Referencias bibliográficas

1. Wang L, Davis P, McMillian K. A case of giant prostatic hyperplasia. Asian J Urol. 2016 [acceso 12/12/2020];3:53-55. Disponible en:
<http://www.ajurology.com/EN/10.1016/j.ajur.2015.10.004>
2. Wroclawski ML, Carneiro A, Alves Tristão R, Sakuramoto PK, Merched Youssef JD, Lopes Neto AC, et al. Giant prostatic hyperplasia: report of a previously asymptomatic man presenting with gross haematuria and hypovolemic shock. Einstein. 2015 [acceso 12/12/2020];13(3):420-422. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943789/pdf/1679-4508-eins-13-3-0420.pdf>
3. Anglickis M, Platkevičius G, Stulpinas R, Miklyčiūtė L, Anglickienė G, Keina V, et al. Giant prostatic hyperplasia and its causes. Acta Med Lituanica. 2019 [acceso 12/12/2020];26(4):237-243. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/340639521_Giant_prostatic_hyperplasia_and_its_causes
4. Aghamir SMK, Khatami F, Rahini MR, Guitynavard F. Giant benign prostatic hyperplasia: A case report. Urol Case Rep. 2020 [acceso 12/12/2020];(28):101051. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6833462/pdf/main.pdf>
5. Ojewola RW, Tijani KH, Fatuga AL, Onyeze CI, Okeke CJ. Management of Giant prostatic enlargement: Case report and review of the literature. Niger Postgrad Med J. 2020 [acceso 12/12/2020];27:242-247. Disponible en:
https://www.npmj.org/temp/NigerPostgradMedJ273242-6541395_181013.pdf
6. Baños Hernández I, Román Graverán JF, de Armas Ampudia I. Hiperplasia prostática gigante y adenocarcinoma prostático que se presenta como una tumoración abdominal. Rev Cub Urol. 2017 [acceso 12/12/2020];(2):127-130. Disponible en:
<http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/317/339>

7. Carbonara U, Osardu RK, Cisu TI, Balthazar A, Crosserosa F, Autorino R. Robot-assisted simple prostatectomy for Giant benign prostatic hyperplasia. Cent European J Urol. 2020 [acceso 12/12/2020]; 73:383-384. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7587478/pdf/CEJU-73-0207.pdf>
8. Maliakal J, Mousa EE, Menon V. Giant prostatic hyperplasia. Sultan Qaboos Univ Med J. 2014 [acceso 12/12/2020];(2):e253-e255. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997546/pdf/squmj1402-e253-256.pdf>
9. Zeng QS, Zhao YB, Wang BQ, Ying M, Hu WL. Minimally invasive simple prostatectomy for a case of giant benign prostatic hyperplasia. Asian J Androl. 2017 [acceso 12/12/2020];19:717-718. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943789/pdf/1679-4508-eins-13-3-0420.pdf>
10. Somwaru AS, Metting S, Flinsnik LM, Nellamattathil MG, Sharma A, Katabathina VS. Prostate artery embolization has long term efficacy for treatment of severe lower urinary tract symptoms from giant prostatic hyperplasia. BMC Urol. 2020 [acceso 12/12/2020];20:153-160. Disponible en: <https://bmcurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12894-020-00726->

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.