

Marsupialización del quiste del utrículo prostático de la línea media con láser de holmio: caso clínico y revisión de la literatura

Marsupialization of the midline prostatic utricle cyst using holmium laser: Case Report and Literature Review

Gustavo Fonseca dos Santos¹, Vanessa Vianna de Carvalho Barbosa¹, Débora Laena Barroso Sacoman¹, André Luiz Farinhas Tomé²,
Woitte Antônio Bertoni Meloni², Fábio Atz Guino³

1. Residente de Urología del Hospital Ana Costa, Santos, San Pablo, Brasil.

2. Asistente del Servicio de Urología del Hospital Ana Costa, Santos, San Pablo, Brasil.

3. Jefe del Servicio de Urología del Hospital Ana Costa, Santos, San Pablo, Brasil.

Servicio de Urología del Hospital Ana Costa

INTRODUCCIÓN

La presencia de quiste prostático en la línea media en la población masculina es extremadamente raro con una incidencia de menos del 1%.¹

Sin embargo, las técnicas de imagen recientes han hecho que la incidencia de quistes sea más prevalente (5% a 8,6%).^{2,3}

Los quistes prostáticos se pueden clasificar como quistes: conducto de Muller, utriculares prostáticos, del conducto eyaculatorio, seminales e de retención prostática. Estas categorías se basan en la ubicación del quiste, la forma, el origen embriogénica, interconexión con la uretra prostática o seminal y presencia de espermatozoides en el quiste.⁴

Los quistes prostáticos de la línea media se diagnostican con frecuencia de manera incidental o ba-

sándose en síntomas en el tracto urinario inferior. Estos pueden incluir obstrucción urinaria, eyaculación dolorosa, hematospermia, infecciones del tracto urinario, infertilidad, dolor crónica pélvica y síntomas del síndrome similar a la prostatitis.^{5,6}

Las modalidades de tratamiento de los quistes prostáticos de la línea media incluyen drenaje transrectal o perineal guiado por ecografía, resección transuretral endoscópico, cirugía abierta y uso de láser holmium actualmente.⁷

El objetivo de este trabajo es comunicar un caso raro de Marsupialización del quiste del utrículo prostático de la línea media con láser de holmio en un paciente con recurrencia de los síntomas urinarios y llevar a cabo una revisión bibliográfica.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente hombre de 50 años que está en seguimiento con el equipo de urología hace 4 años, debido a síntomas graves del tracto urinario inferior, como disuria, aumento de la frecuencia diaria de micción (7 veces al día), chorro urinario débil y delgado con rotura y goteo terminal, nicturia (3 veces) y sensación de vaciado de vejiga incompleto asociada con hematospermia y dificultad para eyacular. (IPSS: 21). Niega comorbilidades, consumo de tabaco y alcohol y se ha sometido a una apendicectomía convencional hace 35 años.

Sometido hace 2 años al procedimiento de uretroscopia y resección transuretral del quiste utriculo prostático, con mejora parcial de los síntomas, evolucionando de nuevo después de 2 años con hematospermia y dificultad para eyacular con frecuentes infecciones del tracto urinario en el último año (3 veces), sin mejoría con antibióticos, sometido a nuevas pruebas de diagnóstico:

El USG de próstata realizado en enero/2021 mostró próstata con mayor dimensión (4.7x3.7x4.1 cm y volumen: 39 cm), contornos regulares y ecotextura de apariencia habitual y residuos insignificantes. La presencia de un quisto en la parte posterior de la próstata, midiendo 1,7x1,3 cm. (Figura 1).

La resonancia magnética de la pelvis realizada en febrero/2021 mostró próstata con contornos normales, morfología y características. Quiste utriculo prostático que mide 1,8 cm y próstata con un peso estimado de 26 gramos. (Figura 2).

Figura 1. El USG de próstata realizado en enero/2021 mostró próstata con mayor dimensión (4.7x3.7x4.1 cm y volumen: 39 cm), contornos regulares y ecotextura de apariencia habitual y residuos insignificantes. La presencia de un quisto en la parte posterior de la próstata, midiendo 1,7x1,3 cm.

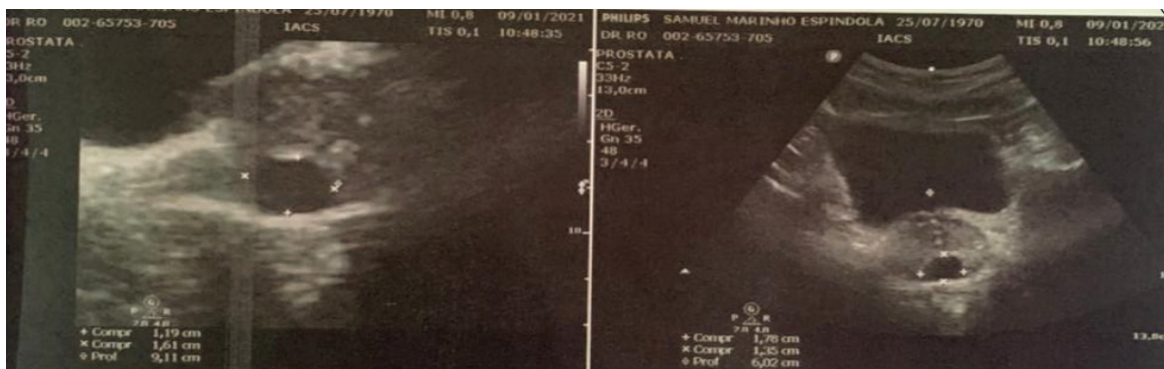


Figura 2. resonancia magnética de la pelvis mostró próstata con contornos normales, morfología y características. Quiste utriculo prostático que mide 1,8 cm y próstata con un peso estimado de 26 gramos.



Realizó de nuevo el procedimiento quirúrgico de marsupialización del quiste en topografía de utriculo prostático con homio láser, evidenciando en el período intraoperatorio una gran masa de quiste lobulado cerca del verumontanum, con apertura de toda la trayectoria cística (Figura 3), manteniendo el cateter urinario de retardo durante 7 días.

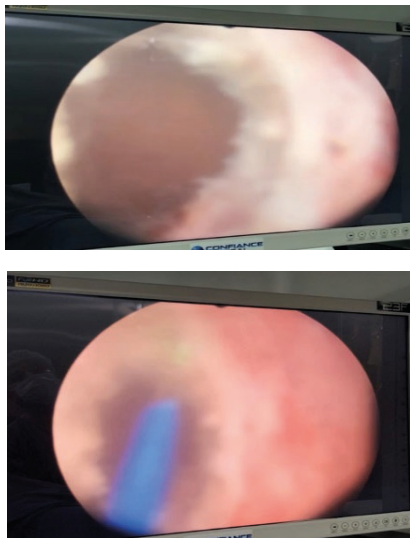
El paciente sigue de forma ambulatorial, hasta ahora sin quejas de hematospermia y dificultad para eyacular.

DISCUSIÓN

Los quistes prostáticos son en su mayoría asintomáticos. Solo el 5% de los quistes prostáticos son sintomáticos. Los síntomas asociados incluyen: dolor pélvico, hematospermia, infertilidad, disfunción

miccional, síndrome similar a la prostatitis y eyaculación dolorosa.^{5,6}

Figura 3. Marsupialización del quiste en topografía de utrículo prostático con homio láser



Los quistes prostáticos de la línea media son generalmente quistes del conducto de Muller o del utrículo.⁸

Quistes de la línea media, ubicados posteriormente en la próstata, son principalmente de origen de desarrollo y surgen de restos de tejido fetal: en el utrículo o conducto de Muller.⁸

Mientras que los quistes de Muller son de origen mesodérmico, contienen espermatozoides, y se encuentran más posteriormente más cerca de la base de la próstata, los quistes utriculares son en su mayoría

endodérmicos, contienen sin espermatozoides, y se encuentran cerca del verumontanum.⁸

Las pruebas necesarias para un paciente con próstata de quiste en línea media incluyen antecedentes médicos, análisis de orina, Ultrasonografía y resonancia magnética pelvis.⁹⁻¹¹

Tratamiento de los quistes prostáticos en la literatura incluye drenaje guiado por ultrasonografía, resección transuretral endoscópico y, en algunos casos, incluye cirugía abierta.

Los métodos endoscópico incluyen resección transuretral o incisión de el quiste con un bisturí de uretrotomía endoscópica. En el presente caso, se eligió una intervención endoscópica con laser por la presencia de frecuentes infecciones del tracto urinario, eyaculación dolorosa e resistente al tratamiento médico del tracto urinario y con una resección transuretral previa sin efecto.

La distancia entre el quiste y la uretra fue medido con ultrason antes de la intervención endoscópica. Esto nos permitió determinar el grado de resección del quiste sobre el verumontanum.¹²

En quistes medioprostáticos, las complicaciones endoscópicas después de las cirugías son raro (0,5%-2,4%) y en forma de estenosis uretral y estenosis del cuello de la vejiga.¹³

Optamos por realizar este procedimiento en el caso mencionado debido a la seguridad del paciente y la mejoría de los síntomas. El paciente continúa con mejoría de los síntomas y sin complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. R. A. Moore, "Pathology of the prostatic utricle," *Archives of Pathology*, vol. 23, pp. 517–524, 1937.
2. U. M. Hamper, J. I. Epstein, S. Sheth, P. C. Walsh, and R. C. Sanders, "Cystic lesions of the prostate gland: a sonographic— pathologic correlation," *Journal of Ultrasound in Medicine*, vol. 9, no. 7, pp. 395–402, 1990.
3. T. S. Higashi, K. Takizawa, S. Suzuki et al., "Mullerian duct cyst: ultrasonographic and computed tomographic spectrum," *Urologic Radiology*, vol. 12, no. 1, pp. 39–44, 1990.
4. A. Juarez Soto, N. Rib ´ e Subir ` a, P. Manasia, E. Ruiz Casta ` ne, J. ´ Castineras Fernandez, and J. Pomerol Monseny, "Classification ´ of cystic structures located at the midline of the prostate: our experience," *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, vol. 76, no. 2, pp. 75–79, 2004.
5. L. Coppens, "Diagnosis and treatment of obstructive seminal vesicle pathology," *Acta Urologica Belgica*, vol. 65, no. 2, pp. 11– 19, 1997.
6. P. Dik, T. M. W. T. Lock, B. P. Schrier, B. Y. W. Zeijlemaker, and T. A. Boon, "Transurethral marsupialization of a medial prostatic cyst in patients with prostatitis-like symptoms," *The Journal of Urology*, vol. 155, no. 4, pp. 1301–1304, 1996.
7. M. K. Terris, "Transrectal ultrasound guided drainage of prostatic cysts," *Journal of Urology*, vol. 158, no. 1, pp. 179–180, 1997.
8. E. T. Goluboff, M. D. Stifelman, and H. Fisch, "Ejaculatory duct obstruction in the infertile male," *Urology*, vol. 45, no. 6, pp. 925–931, 1995.
9. J. P. Jarow, "Diagnosis and management of ejaculatory duct obstruction," *Techniques in Urology*, vol. 2, no. 2, pp. 79–85, 1996.
10. I. Yildirim, Y. Kibar, F. Sumer, S. Bedir, S. Deveci, and A. F. ´ Peker, "Intraurethral prostatic cyst: a rare cause of infravesical obstruction," *International Urology and Nephrology*, vol. 35, no. 3, pp. 355–356, 2003.
11. B. Dogan, A. E. Canda, Z. Akbulut, A. F. Atmaca, E. Duran, and M. D. Balbay, "Prostatic cyst causing severe infravesical obstruction in a young patient," *Urology Journal*, vol. 8, no. 4, pp. 330–332, 2011.
12. H. A. Moukaddam, M. C. Haddad, K. El-Sayed, and W. Wazzan, "Diagnosis and treatment of midline prostatic cysts," *Clinical Imaging*, vol. 27, no. 1, pp. 44–46, 2003.
13. J. Rassweiler, D. Teber, R. Kuntz, and R. Hofmann, "Complications of transurethral resection of the prostate (TURP): incidence, management, and prevention," *European Urology*, vol. 50, no. 5, pp. 969–980, 2006.