

Título: Presentación de un paciente asintomático con quiste prostático.

Autor: Dr. Rafael Jacinto Barrero Calaña (rbarrero@infomed.sld.cu), Dra. Isabel Caravia Pubillones y Dra. Itsel Vela Caravia.

Centro de trabajo: Hospital Nacional Enrique Cabrera y Hospital Pediátrico William Soler

RESUMEN

Las lesiones quísticas localizadas en la línea media de la próstata son poco frecuentes y se consideran alteraciones congénitas, presentan una incidencia difícil de estimar, debido a que la mayoría son asintomáticas y suelen ser un hallazgo casual durante el estudio de otra patología urológica¹. Presentamos el caso de un varón de 19 años que en el transcurso de un episodio de dolor en bajo vientre con irradiación a flanco izquierdo acude a nuestra consulta, donde se le realizan una serie de complementarios de urgencia (leucograma, parcial de orinas y ultrasonido abdominal), todos estos normales excepto el ultrasonido donde se diagnostica un quiste prostático, y nos proponemos realizar una revisión de la literatura.

Se acepta generalmente que el tratamiento activo se realiza sólo a los pacientes sintomáticos, haciendo observación a los asintomáticos. El tratamiento activo más común es la cirugía mínimamente invasiva por medio de punción-aspiración o la decorticación endoscópica

PALABRAS CLAVE: Quiste prostático. Observación. Quiste de la línea media

Abstract:

The cyst injuries located in the halfway line of the prostatic gland are slightly frequent and there are considered to be congenital alterations, present an incidence difficult to estimate, because the majority of them are asymptomatic and they can be a casual finding during the study of urological pathology ¹. We present the case of a 19-year-old male who in the course of a pain episode in low belly with irradiation to left flank comes to our consultation, where a series of urgency complementary tests are indicated (leucogram, partial of urines and abdominal ultrasound), all of them normal, except the ultrasound which diagnosed a prostate cyst, that's why we propose to carry out a bibliographical revision of the specialized literature.

It is generally accepted that the active treatment is only applied to symptomatic patients, but the observation to the asymptomatic ones is not disesteemed. The most common active treatment is the minimally invasive surgery by means of puncture - aspiration or the endoscopic decortication.

KEY WORDS: Prostate cyst. Observation. Cyst of the halfway line

Introducción

Las lesiones quísticas de la próstata se pueden dividir en laterales y mediales, o de línea media. Las primeras son las más frecuentes y suelen aparecer en el contexto de la hiperplasia benigna de próstata y de procesos inflamatorios de cualquier etiología. Los quistes de línea media son raros y se los considera como de origen congénito¹⁻². Estos los hay de dos tipos: los quistes müllerianos, derivados de restos de conducto paramesonérfico, y los quistes de utrículo, probablemente causado por dilatación de utrículo prostático. En ambos casos la morfología y el comportamiento clínico son similares a pesar de tan distinto origen y tan discutido³⁻⁴.

El uso generalizado de la ecografía transrectal para evaluar diferentes patologías urológicas, ha proporcionado la oportunidad de documentar distintas anomalías que pueden ser responsables de los síntomas de presentación o no tener ningún efecto en el paciente⁵.

En general se acepta que el tratamiento activo se debe reservar para los pacientes sintomáticos y la observación en el tiempo para los asintomáticos¹.

La obstrucción de conductos eyaculadores (OCE) desde hace muchos años ha sido estudiada y tratada como una posible causa de eyaculación dolorosa. Con el desarrollo de la ecografía transrectal y la tomografía axial computarizada (TAC), se le ha tomado en cuenta como posible etiología de esterilidad.⁶⁻⁷

Si bien es un cuadro poco frecuente, tiene la importancia de ser una de las causas tratables de esterilidad masculina.⁶

Aportamos en este trabajo un caso de un paciente que a pesar de referirnos sintomatología dolorosa en bajo vientre, no creemos que esto guarde relación con el hallazgo obtenido en el ultrasonido, pues dicha sintomatología desapareció espontáneamente.

El objetivo de este trabajo es la presentación de un caso interesante y poco frecuente de quiste prostático asintomático con su metodología diagnóstica.

Caso Clínico

Varón de 19 años que acude a urgencias por dolor hipogástrico con irradiación a flanco izquierdo de unas horas de evolución. En su estudio primario de urgencia se le realiza hemograma con diferencial, parcial de orinas y ultrasonido abdominal constatándose normalidad en los estudios excepto en el ultrasonido donde se aprecia un quiste prostático. El dolor abdominal cedió espontáneamente pero se decide el estudio por consulta de dicha imagen prostática.

El examen físico incluyendo el tacto rectal fue negativo, la química sanguínea mostró resultados dentro de límites normales. La ecografía abdominal nos informa ambos riñones de características normales, no ectasia ni litiasis; vejiga de paredes finas, no lesiones tumorales; próstata no homogénea con bordes regulares, en su interior se aprecia una imagen ecolúcida bien definida que guarda relación con un quiste prostático.

La ecografía endorrectal muestra una próstata homogénea de contornos bien definidos que mide 46x15x37mm., con un volumen de 13 cm³. Existe una imagen ecolúcida de paredes finas que mide 12x10x20mm., que al corte transversal se localiza en el centro de la glándula y en el corte longitudinal en proyección del conducto eyaculador derecho, cápsula prostática conservada y vesículas seminales normales.



Espermograma (20-12-2010)

Edad: 19 años. Raza: B Días de abstinencia sexual: 5 Dedicación Laboral: estudiante

Semen:

Color: BG. PH: 9. Volumen: 5 cc. Viscosidad: normal. Viabilidad: 48% vivos.

Progresión: Rectilínea A-50%. Oscilante B-20%. Rotatoria: C-10%. Inmóviles: D-10%.

Leucocitos: no Hematíes: no Conteo espermático: 108x10⁶.

Observaciones: Quiste Prostático. Fuma: no Bebe: no.

Discusión

Los quistes de próstata fueron reconocidos por primera vez en 1869 y hasta el año 2000 cerca de 100 casos habían sido publicados⁸. Moore informó una incidencia cercana a 1 % de quistes prostáticos en autopsia. Posterior a la introducción del ultrasonido transrectal en patología prostática, la incidencia ha aumentado y Hamper y colaboradores señalan una incidencia de 7.9 %⁹⁻¹⁰.

Los quistes prostáticos pueden aparecer en la línea media o en las porciones laterales, y pueden ser congénitos o adquiridos. Los quistes de la línea media generalmente son congénitos y están constituidos por los quistes de los conductos eyaculadores, también llamados quistes utriculares o quistes del verumontanum, mismos que tienen un origen endodérmico donde los conductos eyaculadores llegan a las paredes laterales del quiste, pueden tener comunicación con la uretra y el espermatozoide puede estar presente. Otro grupo de quistes son los müllerianos, de origen mesodérmico, no comunicantes con la uretra prostática o las vesículas seminales y nunca contienen espermatozoides¹¹.

Como método diagnóstico, se utilizó ultrasonido transrectal, evidenciándose el quiste en la línea media, el ultrasonido abdominal nos demostró la normalidad del resto de los órganos intraabdominales, el espermograma reflejó valores normales cosa esta que nos habla de comunicación del conducto eyaculador con la uretra.

La infertilidad afecta alrededor de un 15 % de las parejas, siendo de un 30 a un 40 % un problema masculino. El diagnóstico en el hombre se realiza a través del examen físico, marcadores bioquímicos y el espermograma. La alteración de algunos de estos parámetros permitirá orientarnos hacia la causa de la infertilidad¹².

El varicocele es el mayor responsable de la infertilidad masculina. La obstrucción del/los conducto/s eyaculador/es (OCE) es una causa infrecuente de obstrucción que debe sospecharse ante una oligospermia o azoospermia con bajo volumen de eyaculación¹³⁻¹⁴.

El tratamiento de elección de la OCE es la resección transuretral (RTU), la cual restablece los niveles de espermograma a niveles capaces de lograr un embarazo⁶. El conocimiento del sitio preciso de la causa obstructiva permite realizar RTU dirigidas, con menor área de resección y por lo tanto menor número de complicaciones⁷.

En la última década el ultrasonido transrectal (USTr) ha ido cobrando importancia en la detección de la patología obstructiva distal de la vía espermática, determinando no solo el sitio de la obstrucción, sino también la existencia de la causa, como son los quistes de la línea media, fibrosis, litiasis, etc¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷.

En nuestro caso al no constatarse obstrucción alguna de conductos eyaculadores con un espermograma normal y mantenerse asintomático se decidió seguimiento por consulta externa, el cual se realiza cada 6 meses con buena salud hasta el momento.

Bibliografía

1. TORNERO RUIZ J, PONCE DE LEÓN ROCA J, PIERAS AYALA E et al.: Quistes prostáticos de la línea media: manejo y seguimiento. *Arch Esp Urol* 2009; **54**: 205-209.
2. ZHU JP, MEYHOFF HH.: Prostatic cyst. *Scand J Urol Nephrol*; **29**: 345-349.
3. HARUAKI K, HITSUKI K, TOSHITAKA M et al.: Histopathological study of the Müllerian duct remnant: clarification of disease categories and terminology. *J Urol* 2007; **167**: 133-136.
4. YASUMOTO R, KAWANO M, TSUJINO K.: Is a cystic lesion located at the midline of the prostate a Müllerian duct cyst?. *Eur Urol* 2007; **31**: 187-189.
5. Shabsigh R, Lerner S, Fishman IJ, Kadmon D. The role of transrectal ultrasonography in the diagnosis and management of prostatic and seminal vesicle cysts. *J Urology* 1989; **141**: 1206-1209.
6. Kadioglu A, Cayan S, Tefekli A, Orhan I, Engin G, Turek PJ. Does response to treatment of ejaculatory duct obstruction in infertile men vary with pathology? *Fertil Steril*. 2010;76(1): 138-42.
7. Fisch H. Transurethral resection of the ejaculatory ducts. *Curr Surg Techn Urol*. 2006; **5**: 2-7.
8. Anding R, Steinbach F, Bernhardt T, Allhoff EP. Treatment of large prostatic cyst with retropubic insertion of a fat tissue flap. *J Urol* 2008;164:454.
9. Moore RA. Pathology of the prostatic utricle. *Arch Pathol* 2007;23:517.
10. Hamper UM, Epstein JI, Sheth S, Walsh P, et al. Cystic lesions of the prostate gland. A sonographic-pathologic correlation. *J Ultrasound Med* 2006;9:395.
11. Van Poppel H, Vereecken R, De Greeter P, Verduyn H. Hemospermia swing to utricular cyst: embryological summary and surgical review. *J Urol* 2009;129:608.
12. Thonneau P, Marchand S, Tallec A, Ferial ML, Ducot B, Lan-sar J et al. Incidence and main causes of infertility in a resident population (1,850,000) of three French regions (1988-1989). *Hum Reprod* 2006; **6**: 811-6.
13. World Health Organization. The influence of varicocele on parameters of fertility in a large group of men presenting to infertility clinics. *Fertil Steril* 1992; **57**: 1289-93.
14. Kass E, Reitelman C. Adolescent varicocele. *Urol Clin North Am*. 2005; **22**(1): 151-9.
15. Jarow, J.P. Transrectal ultrasonography in the diagnosis and management of ejaculatory duct obstruction. *J Androl*. 2006; **17**: 467-72.
16. Jarow, J.P. Diagnosis and management of ejaculatory duct obstruction. *Techniques in Urology* 2006; **2**: 79-85.
17. Cornud F, Belin X, Delafontaine D, Amar T, Helenon O, Moreau JF. Imaging of obstructive azoospermia. *Eur Radiol*. 2007; **7**(7): 1079-85.