

Tratamiento quirúrgico de los STUI en hombres con CBP

Los términos subrayados figuran en el glosario.

Supongamos que ya le han diagnosticado crecimiento benigno de próstata (CBP) y que su médico le recomienda operarse. En este apartado se describen distintas opciones quirúrgicas para que pueda considerarlas con él y conjuntamente decidir cuál es la más indicada para Vd.

Los factores que influirán en la decisión son, entre otros:

- · Sus síntomas y su calidad de vida
- El tamaño de su próstata
- Su historial médico
- Los tratamientos que puede ofrecer su hospital y el que sea mejor en manos de su urólogo.
 Pregúntele qué experiencia tiene con la opción que le recomiende. Vd. tiene derecho a conocer el porcentaje de complicaciones que ha tenido con ese procedimiento la persona que va a operarle.
- Sus preferencias y valores personales. No existe un tratamiento ideal para todos los pacientes.

A continuación presentamos información general sobre distintos tratamientos quirúrgicos, teniendo en cuenta que las situaciones pueden variar según los países.

¿Cuándo debe pensar en operarse?

- Cuando sus síntomas empeoran a pesar de haber recibido tratamiento farmacológico
- Cuando tenga complicaciones causadas por el CBP o esté en riesgo de tenerlas. Estas complicaciones pueden ser:
 - Insuficiencia renal
 - Dilatación de los riñones
 - Incapacidad para orinar (retención de orina)
 - Infección recurrente de las vías urinarias
 - Cálculos en la vejiga
 - Frecuente presencia de sangre en la orina
- Si no tolera bien el tratamiento farmacológico
- Si prefiere operarse a recibir tratamiento farmacológico

Durante una intervención quirúrgica el médico elimina la parte agrandada de la próstata (también conocida como adenoma). Hay distintos tipos de procedimientos quirúrgicos, todos ellos encaminados a aliviar sus síntomas y a mejorar su flujo miccional.

Los principales procedimientos quirúrgicos son:

- Resección transuretral de la próstata (RTUP)
- Incisión transuretral de la próstata (ITUP)
- Prostatectomía abierta
- Tratamiento con láser

- Stents prostáticos
- Ablación transuretral con aguja (TUNA)
- Terapia transuretral por microondas (TUMT)

También presentamos en este apartado las inyecciones de etanol y de toxina botulínica. Todavía se están estudiando los efectos de estos procedimientos, cuya aplicación está aún en fase experimental.

Cada técnica quirúrgica tiene sus propias ventajas e inconvenientes. La elección del tratamiento depende de cada situación y preferencias.

¿Cómo se realiza una RTUP?

La RTUP es la cirugía habitual para el CBP. Su objetivo es extirpar la parte de la próstata que causa los síntomas, interviniendo a través de la uretra y sin hacer ninguna incisión en la región inferior del abdomen (fig. 1). Este tipo de cirugía se conoce como tratamiento mínimamente invasivo.

¿Cómo se realiza una RTUP?

Los pacientes operados con RTUP reciben anestesia general o epidural. Cuando ya están anestesiados, el cirujano utiliza un resectoscopio para entrar en la vejiga a través de la uretra. Un resectoscopio es un tipo de endoscopio provisto de un asa que funciona a base de corriente eléctrica de alta frecuencia para cortar el tejido prostático. También lleva una cámara que ofrece al cirujano una imagen de la próstata de gran calidad en un monitor de vídeo.

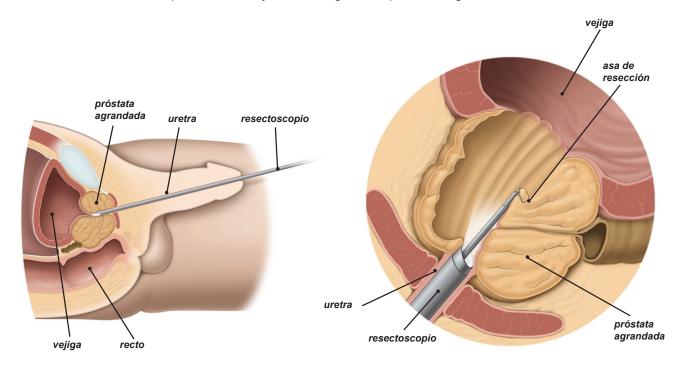


Fig. 1: cirugía transuretral.

Fig. 2: el resectoscopio elimina fragmentos de tejido prostático durante una RTUP.



Dato a señalar

Al principio, el cirujano tenía que mirar directamente por el endoscopio para ver la próstata. Hoy en día, la cámara proyecta una imagen amplificada en el monitor de vídeo frente a él. Gracias a la tecnología de alta resolución, el cirujano puede visualizar hasta los más pequeños detalles.

Durante la intervención, el cirujano extirpa el adenoma cortándolo previamente en pequeños fragmentos con el asa (Fig. 2). A continuación los saca de la vejiga y la uretra por medio de una irrigación que pasa por el resectoscopio.

Después de la operación se coloca una sonda en la vejiga para drenar la orina así como para realizar un lavado continuo de ésta y de la uretra con una solución estéril, a fin de prevenir la formación de coágulos de sangre. Necesitará llevar esta sonda entre 1 y 3 días hasta que cicatrice la herida y pueda orinar por sí mismo.

¿Cuándo optar por una RTUP?

En la actualidad, la RTUP es la alternativa quirúrgica de elección para los casos que cursan con síntomas entre moderados y graves producidos por el CBP. Es idónea para pacientes con una próstata de entre 30 y 80 mililitros de capacidad.

¿Cómo me preparo para la intervención?

Su médico se lo explicará de manera detallada. No deberá comer, beber ni fumar durante las 6 horas previas a la operación para prepararse para la anestesia. Si está tomando alguna medicación deberá comentárselo, ya que posiblemente tenga que interrumpirla varios días antes de la operación.

¿Cuándo podré volver a hacer vida normal?

Por lo general se puede abandonar el hospital 2 ó 3 días después de la intervención. La duración de la estancia hospitalaria puede variar según los países. Durante varios días puede seguir presentando sangre en la orina y experimentar urgencia o dolor al orinar, lo cual puede llegar a durar varias semanas.



Dato a señalar

La prostatectomía abierta fue una gran innovación a principios del siglo XX, época en que se introdujo la cirugía de próstata. Aunque ha sido substituida por la RTUP como procedimiento habitual, todavía se recomienda para el tratamiento de próstata: muy grandes.

Durante 4 a 6 semanas después de la intervención:

- Beba entre 1 y 2 litros de líquido al día, preferentemente agua
- No levante peso superior a los 5 kilos
- No realice ejercicios físicos intensos y evite montar en bicicleta
- No tome baños termales ni vaya a la sauna
- Evite el estreñimiento por medio de una dieta adecuada
- Si toma alguna medicación, háblelo con su médico

Evite tener relaciones sexuales durante 2 o 3 semanas. Después de una RTUP puede experimentar eyaculación retrógrada, situación crónica en la que el semen ya no puede salir por la uretra durante el orgasmo, sino que se dirige a la vejiga y después se expulsa al orinar.

Deberá ir al médico o volver inmediatamente al hospital en los siguientes casos:

- Si tiene fiebre
- Si no puede orinar por sí mismo
- Si tiene grandes pérdidas de sangre o dolor

Ventajas de la RTUP

- Es un procedimiento seguro y muy practicado
- Produce una mejora óptima y duradera de los síntomas
- Breve estancia hospitalaria

Inconvenientes de la RTUP

- · Riesgo de hemorragia
- · Riesgo de eyaculación retrógrada
- · Riesgo de producir estrechamiento de la uretra
- Riesgo de retención urinaria
- Riesgo (bajo) de infección en las vías urinarias o de experimentar urgencia miccional
- Riesgo (muy bajo) de incontinencia



Página 3 / 15

Incisión transuretral de la próstata (ITUP)

La ITUP es efectiva en hombres con próstatas de menos de 35 mililitros que no padezcan obstrucción grave. Este procedimiento rara vez se usa en el tratamiento del CBP porque da los mismos resultados que el tratamiento farmacológico. La aplicación de ITUP es recomendable siempre que Vd. no tolere los medicamentos para tratar los síntomas del CBP.

Al realizar la ITUP el cirujano utiliza un resectoscopio para cortar la próstata a través del cuello de la vejiga con el fin de mejorar el flujo de orina. Tras la operación se coloca una sonda en la vejiga para drenar la orina. Dicha sonda también se utiliza para realizar un lavado continuo de la vejiga y de la uretra con una solución estéril que previene la formación de coágulos de sangre.

Prostatectomía abierta

La prostatectomía abierta es una operación que se realiza practicando una incisión en la parte inferior del abdomen. Dado que el procedimiento RTUP proporciona resultados similares o incluso mejores, en la actualidad la prostatectomía abierta sólo se realiza en determinadas situaciones.

¿Cómo se realiza una prostatectomía abierta?

Para someterse a una prostatectomía abierta el paciente recibe anestesia general o epidural. Durante la operación, el cirujano realiza una incisión en la parte inferior del abdomen para acceder a la vejiga y a la próstata. A continuación introduce un dedo para extraer el adenoma (fig. 3). Tras operación, la sonda que se coloca para drenar la orina también realizará un lavado continuo de la vejiga y de la uretra con solución estéril a fin de impedir la formación de coágulos de sangre. Tendrá que llevar la sonda varios días hasta que cicatrice la herida y pueda orinar por sí mismo.

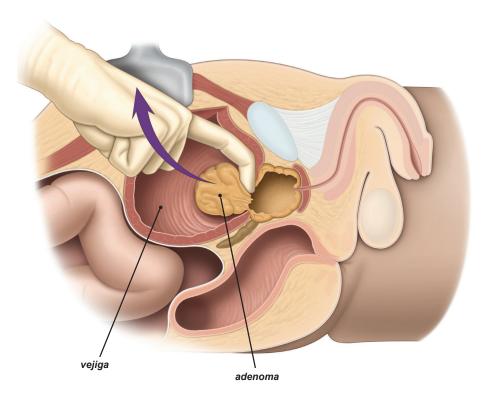


Fig. 3: el cirujano extrae el adenoma durante la realización de una prostatectomía abierta.



Dato a señalar

La prostatectomía abierta fue una gran innovación a principios del siglo XX, época en que se introdujo la cirugía de próstata. Aunque ha sido substituida por la RTUP como procedimiento habitual, todavía se recomienda para e tratamiento de próstatas muy grandes.

¿Cuándo optar por una prostatectomía abierta?

La prostatectomía abierta se recomienda para próstatas de más de 80 mililitros, ya que otros tipos de cirugía requerirían más tiempo para conseguir el mismo resultado. También se puede recomendar este procedimiento si el paciente tiene cálculos en la vejiga o una patología denominada "divertículo vesical".

¿Cómo me preparo para la intervención?

Su médico se lo explicará de manera detallada. No deberá comer, beber ni fumar durante las 6 horas previas a la operación para prepararse para la anestesia. Si está tomando alguna medicación deberá comentárselo, ya que posiblemente tenga que interrumpirla varios días antes de la operación.

¿Cuándo podré volver a hacer vida normal?

Por lo general se puede abandonar el hospital entre 5 y 7 días después de la intervención. La duración de la estancia hospitalaria puede variar según los países. Durante varios días puede tener sangre en la orina o experimentar urgencia o dolor al orinar. Necesitará varias semanas para recuperarse completamente de la operación.

Durante 4 a 6 semanas después de la intervención:

- Beba entre 1 y 2 litros de líquido al día, preferentemente agua
- No levante peso superior a 5 kilos
- No realice ejercicios físicos intensos y evite montar en bicicleta
- No tome baños termales ni vaya a la sauna
- Evite el estreñimiento por medio de una dieta adecuada
- Si toma alguna medicación, háblelo con su médico

Evite tener relaciones sexuales durante 2 ó 3 semanas. Después de una prostatectomía abierta puede experimentar eyaculación retrógrada, situación crónica en la que el semen ya no puede salir por la uretra durante el orgasmo, sino que se dirige a la vejiga y se expulsa al orinar.

Ventajas de la prostatectomía abierta

• Mejora óptima y duradera de los síntomas

Inconvenientes de la prostatectomía abierta

- Deja una cicatriz
- · Requiere una hospitalización más larga
- Más tiempo con la sonda
- Posibilidad de hemorragia importante
- Riesgo de retención urinaria, de infección del tracto urinario y de urgencia miccional
- Riesgo de estenosis (estrechamiento) del cuello de la vejiga
- Riesgo (muy bajo) de incontinencia urinaria

Tratamiento con láser

Los tratamientos con láser son una opción habitual para tratar el CBP. El láser se basa en luz de gran intensidad para cortar o vaporizar el tejido de la próstata y su calor se utiliza para cerrar vasos sanguíneos. Por esta razón sólo se pierde una pequeña cantidad de sangre durante este tipo de intervención.

Hay dos tipos principales de cirugía de láser para el CBP:

- Vaporización prostática mediante láser
- Enucleación prostática mediante láser

Estos dos tipos de intervención se pueden realizar con distintos sistemas de láser. Su elección dependerá de la experiencia y habilidad del cirujano con cada uno de ellos y del sistema que esté disponible en el hospital.

Vaporización de la próstata mediante láser

¿Cómo se lleva a cabo la vaporización mediante láser?

Para la vaporización mediante láser se le aplicará anestesia general o epidural. Una vez anestesiado, el cirujano utiliza un resectoscopio de láser para acceder a la vejiga a través de la uretra sin tener que hacer ninguna incisión en la parte baja del abdomen (Fig. 1). Este instrumento lleva un láser para realizar la vaporización y una pequeña cámara, la cual ofrece al cirujano una imagen de la próstata de gran calidad en un monitor de video.

Durante la intervención, el láser calienta una pequeña parte de la próstata, cuyo tejido empieza a evaporarse al llegar al punto de ebullición. De esta manera se puede tratar toda la próstata (Fig. 4). Tras finalizar, se coloca una sonda vesical con el fin de drenar la orina, así como para efectuar un lavado continuo de la vejiga y de la uretra con solución estéril para impedir la formación de coágulos de sangre. Tendrá que llevar la sonda un día hasta que cicatrice la uretra y pueda orinar por sí mismo.

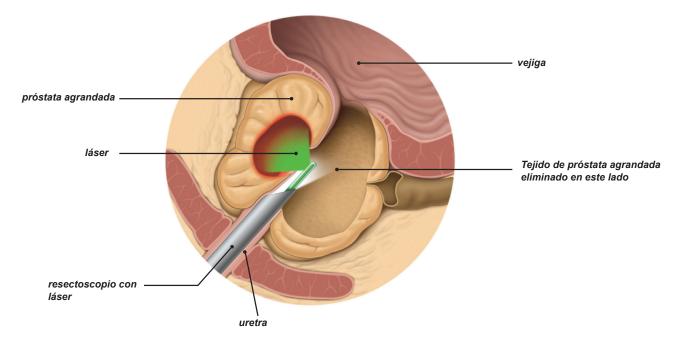


Fig. 4: el calor del láser vaporiza parte del tejido prostático.

Página 6 / 15

¿Cuándo optar por la vaporización de la próstata con láser?

La vaporización puede ser una opción a considerar si tiene Vd. una próstata de menos de 80 mililitros. Como con este procedimiento apenas se pierde sangre, está recomendado para hombres que necesitan tomar anticoagulantes debido a otras patologías.

¿Cómo me preparo para la intervención?

Su médico se lo explicará de manera detallada. No deberá comer, beber ni fumar durante las 6 horas previas a la operación para prepararse para la anestesia. Si está tomando alguna medicación deberá comentárselo, ya que posiblemente tenga que interrumpirla varios días antes de la intervención.

¿Cuándo podré volver a hacer vida normal?

Por lo general se puede abandonar el hospital 1 o 2 días después de la intervención. La duración de la estancia hospitalaria puede variar según los países. Puede presentar sangre en la orina, y también experimentar dolor al orinar. Esta situación puede durar varias semanas.

Durante 4 a 6 semanas después de la intervención:

- Beba entre 1 y 2 litros de líquido al día, preferentemente agua
- No levante peso superior a 5 kilos
- No realice ejercicios físicos intensos y evite montar en bicicleta
- No tome baños termales ni vaya a la sauna
- Evite el estreñimiento por medio de una dieta adecuada
- Si toma alguna medicación, háblelo con su médico

Evite tener relaciones sexuales durante 2 o 3 semanas. Después de una vaporización por láser podría experimentar eyaculación retrógrada, situación crónica en la que el semen ya no puede salir por la uretra durante el orgasmo, sino que se dirige a la vejiga y posteriormente se expulsa al orinar.

Deberá ir al médico o volver inmediatamente al hospital en los siguientes casos:

- Si tiene fiebre
- Si no puede orinar por sí mismo
- Si tiene grandes pérdidas de sangre o dolor

Ventajas de la vaporización mediante láser

- Mejora inmediata del flujo miccional
- Breve estancia hospitalaria
- Menos tiempo con la sonda que con otros procedimientos
- Bajo riesgo de sufrir complicaciones
- No es necesario dejar de tomar anticoagulantes

Inconvenientes de la vaporización mediante láser

- Es menos efectiva en próstatas grandes
- Dolor al orinar durante algún tiempo después de la intervención
- Puede ser necesario reintervenir al cabo de varios años porque la próstata sigue aumentando de tamaño
- No se puede analizar el tejido prostático después de la intervención
- Riesgo de retención de orina, de infección del tracto urinario y de experimentar urgencia
- · Riesgo (mínimo) de incontinencia urinaria

Enucleación prostática mediante láser

¿Cómo se realiza la enucleación mediante láser?

Para la enucleación mediante láser se le aplicará anestesia general, epidural o intravenosa. Una vez anestesiado, el cirujano utiliza un resectoscopio de láser para acceder a la vejiga a través de la uretra sin realizar ninguna incisión en la parte baja del abdomen (**Fig. 1**). El resectoscopio lleva una pequeña cámara por la cual el médico puede ver la próstata. Durante la enucleación, el cirujano emplea el láser para cortar tejido prostático, pudiéndose tratar así toda la próstata (**Fig. 5**). A continuación utiliza un instrumento conocido como morcelador para irrigar y llevar el tejido cortado al exterior a través de la vejiga y de la uretra.

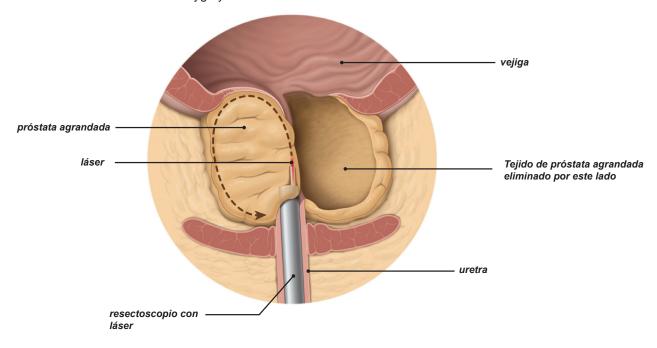


Fig. 5: el láser corta y elimina tejido prostático durante la enucleación.

Después de la operación se coloca una sonda vesical con el fin de en la vejiga para drenar la orina y realizar un lavado continuo de la vejiga y de la uretra con solución estéril que evita la formación de coágulos de sangre. Tendrá que llevar esta sonda durante varios días hasta que se cicatrice la uretra y pueda orinar por sí mismo.

¿Cuándo optar por la enucleación prostática por láser?

Si tiene una próstata de más de 80 mililitros, la enucleación mediante láser puede ser la opción más indicada para Vd., ya que elimina todo el adenoma. También es una buena opción para los hombres con próstatas más pequeñas.

La enucleación por láser es idónea si está Vd. tomado anticoagulantes para otras afecciones. Es importante que hable de su situación particular con su médico.

¿Cómo me preparo para la intervención?

Su médico se lo explicará de manera detallada. No deberá comer, beber ni fumar durante las 6 horas previas a la operación para prepararse para la anestesia. Si está tomando alguna medicación, háblelo con su médico, ya que posiblemente tenga que interrumpirla antes del procedimiento.

¿Cuándo podré volver a hacer vida normal?

Por lo general se puede abandonar el hospital 1 o 2 días después de la intervención. La duración de la estancia hospitalaria puede variar según los países. Puede seguir presentando sangre en la orina o sentir dolor al orinar durante varias semanas.

Durante 4 a 6 semanas después de la intervención:

- Beba entre 1 y 2 litros de líquido al día, preferentemente agua
- No levante peso superior a 5 kilos
- No realice ejercicios físicos intensos y evite montar en bicicleta
- No tome baños termales ni vaya a la sauna
- Evite el estreñimiento por medio de una dieta adecuada
- Si toma alguna medicación, háblelo con su médico

Evite tener relaciones sexuales durante 2 ó 3 semanas. Después de una enucleación por láser puede experimentar eyaculación retrógrada, situación crónica en la que el semen ya no puede salir por la uretra durante el orgasmo, sino que se dirige a la vejiga y posteriormente se expulsa al orinar.

Deberá ir al médico o volver inmediatamente al hospital en los siguientes casos:

- Si tiene fiebre
- Si no puede orinar por sí mismo
- Si tiene grandes pérdidas de sangre o dolor

Ventajas de la enucleación

- Mejora inmediata del flujo miccional
- Breve estancia hospitalaria
- Menos tiempo con la sonda
- Bajo riesgo de complicaciones
- Efectiva en todas las próstatas, especialmente en las grandes
- Posibilidad de analizar el tejido prostático después de la intervención

Inconvenientes de la enucleación

- La intervención puede ser más larga en próstatas pequeñas
- Dolor al orinar durante cierto tiempo después de la operación
- Riesgo de retención de orina, de infección del tracto urinario y de experimentar urgencia
- Riesgo (muy bajo) de incontinencia urinaria
- Requiere un dispositivo especial para extirpar el tejido prostático de la vejiga, llamado morcelador

Stents prostáticos

Los stents prostáticos se utilizan para mantener abierta la uretra, lo cual mejora el flujo miccional (fig. 6). Se recomiendan principalmente para pacientes que no son aptos para la cirugía pero que todavía pueden vaciar la vejiga por sí mismos. Los stents se usan en lugar de las sondas permanentes.

¿Cómo se inserta un stent?

El stent se puede colocar en la propia consulta del médico o en una clínica bajo anestesia local. Se inserta en la uretra hasta que la punta llega a la vejiga (Fig. 6). Se comprueba si está bien colocado por medio de un ecógrafo o de un cistoscopio.

¿Cuándo optar por un stent?

En la actualidad, no se recomienda el uso de stents como opción terapéutica permanente. Solamente deberá considerar esta opción si no puede tolerar la anestesia necesaria durante la cirugía.

¿Cómo me preparo para esta intervención?

Su médico se lo explicará de manera detallada. Si está tomando alguna medicación, háblelo con él, ya que probablemente deba interrumpirla antes de la intervención.

¿Cuándo podré volver a hacer vida normal?

Por lo general se puede hacer vida normal el mismo día de la intervención, aunque puede tener sangre en la orina y sentir dolor al orinar. Esta situación puede durar varias semanas.

Puede tener que ir al médico o volver inmediatamente al hospital en los casos siguientes:

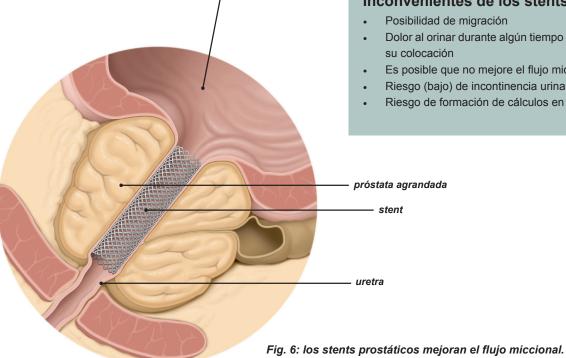
- Si tiene fiebre
- Si no puede orinar por sí mismo
- Si tiene grandes pérdidas de sangre o dolor

Ventajas de los stents

- Se pueden utilizar en lugar de una sonda permanente
- La intervención no requiere estancia hospitalaria
- Se colocan con anestesia local

Inconvenientes de los stents

- Posibilidad de migración
- Dolor al orinar durante algún tiempo después de
- Es posible que no mejore el flujo miccional
- Riesgo (bajo) de incontinencia urinaria
- Riesgo de formación de cálculos en el stent



vejiga

Ablación transuretral con aguja (TUNA)

La ablación transuretral con aguja (TUNA) es un tratamiento mínimamente invasivo que reduce parte del tejido prostático por medio de calor. Este proceso se denomina coagulación. La parte de la próstata así tratada es absorbida por el cuerpo o expulsada por la orina tras la intervención. El objetivo del procedimiento TUNA es reducir el volumen de la próstata y mejorar los síntomas.

¿Cómo se realiza una TUNA?

Para este procedimiento se le aplicará anestesia intravenosa, epidural o local. Una vez anestesiado, el cirujano accede a la vejiga por la uretra, utilizando un endoscopio que lleva dos agujas y una cámara. Las agujas sirven para realizar punciones en la próstata y para calentar el tejido con energía de radiofrecuencia (**Fig. 7**). A fin de tratar todo el adenoma, esta operación se realiza de 4 a 8 veces en total. La cámara ofrece al médico una imagen de la próstata de gran calidad en un monitor de video.

El paciente deberá llevar una sonda durante varios días hasta que se cicatrice la uretra y pueda orinar por sí mismo, retirándola después el urólogo en el hospital o clínica.

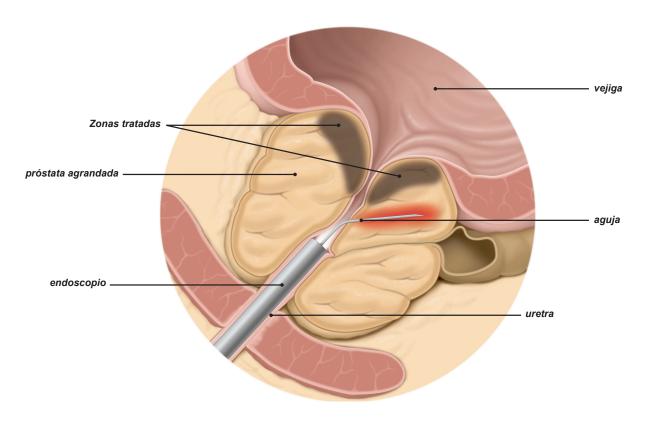


Fig. 7: la aguja calienta el tejido prostático con energía de radiofrecuencia.

¿Cuándo optar por un procedimiento TUNA?

Este procedimiento se recomienda para los hombres que tienen una próstata de entre 30 y 80 mililitros, que prefieren un tratamiento mínimamente invasivo o que no son aptos para la cirugía por sufrir otras patologías.

¿Cómo me preparo para la intervención?

Su médico se lo explicará de manera detallada. No deberá comer, beber ni fumar durante las 6 horas previas a la operación para prepararse para la anestesia. Si está tomando alguna medicación háblelo con su médico, ya que probablemente deberá interrumpirla.

¿Cuándo podré volver a hacer vida normal?

Por lo general se puede abandonar el hospital o clínica varias horas después de un procedimiento TUNA. No conduzca al salir porque puede estar todavía adormecido por la anestesia. Asegúrese de descansar bien el día de la intervención.

Aunque todavía llevará la sonda en la uretra, podrá empezar a hacer vida normal a partir del día siguiente. Su orina puede seguir presentando restos de sangre, situación que puede continuar durante varias semanas.

Durante 4 a 6 semanas después de la intervención:

- Beba entre 1 y 2 litros de líquido al día, preferentemente agua
- No levante peso superior a 5 kilos
- No realice ejercicios físicos intensos y evite montar en bicicleta
- No tome baños termales ni vaya a la sauna
- Evite el estreñimiento por medio de una dieta adecuada
- Si toma alguna medicación, háblelo con su médico

Evite tener relaciones sexuales durante 2 o 3 semanas. Después de un procedimiento TUNA podría experimentar eyaculación retrógrada, situación crónica en la que el semen ya no puede salir por la uretra durante el orgasmo, sino que se dirige a la vejiga y se expulsa posteriormente al orinar. Su semen puede estar manchado de sangre durante varias semanas.

Deberá ir al médico o volver inmediatamente al hospital en los siguientes casos:

- Si tiene fiebre
- Si tiene problemas con la sonda
- Si no puede orinar por sí mismo después de habérsele retirado la sonda

Ventajas del procedimiento TUNA

- No suele requerir hospitalización
- Bajo riesgo de complicaciones
- No hace falta dejar de tomar anticoagulantes

Inconvenientes del procedimiento TUNA

- Menos efectivo para las grandes próstatas y en caso de obstrucción grave
- Hay que llevar una sonda en casa durante varios días después de la intervención
- Mejora lenta de los síntomas y del flujo miccional
- Puede requerir otro tratamiento al cabo de varios años porque la próstata sigue creciendo

Terapia transuretral mediante microondas (TUMT)

La terapia transuretral mediante microondas (TUMT) es un tratamiento mínimamente invasivo que reduce parte del tejido prostático por medio de energía de microondas. Este proceso se denomina coagulación. La parte de la próstata así tratada es absorbida por el cuerpo o se expulsa con la orina después del procedimiento. El objetivo de la TUMT es reducir el volumen de la próstata y mejorar los síntomas.

¿Cómo se realiza una TUMT?

Para este procedimiento se le aplicará anestesia local, que algunas veces se combina con anestesia intravenosa. Una vez anestesiado, el urólogo accede a la uretra con una sonda que lleva una antena de microondas y un globo (balón). La antena calienta el tejido de la próstata con energía de microondas y el balón sujeta la antena dentro de la próstata (Fig. 8). Después de la intervención se coloca otra sonda en la vejiga para que le ayude a orinar.

Es necesario llevar esta sonda durante varios días hasta que cicatrice la uretra y el paciente pueda orinar por sí mismo. La retira el urólogo en el hospital o en la clínica.

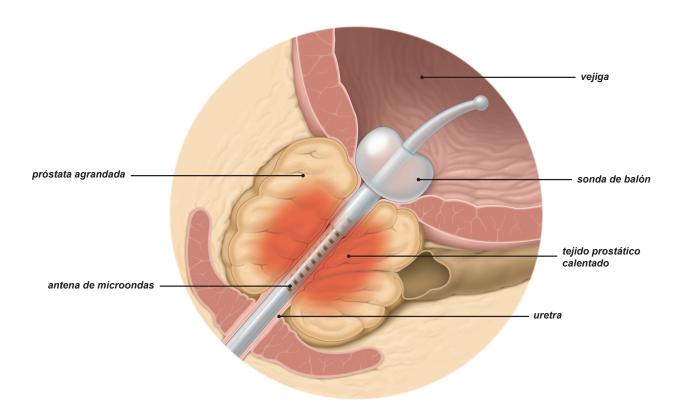


Fig. 8: el calor generado por la antena de microondas coagula parte del tejido de la próstata agrandada.

¿Cuándo optar por una TUMT?

Se recomienda una TUMT para los hombres con una próstata de entre 30 y 100 mililitros y que prefieren un tratamiento mínimamente invasivo o no quieren someterse a cirugía por tener otras patologías.

¿Cómo me preparo para esta intervención?

Su médico se lo explicará de manera detallada. No deberá comer, beber ni fumar durante las 6 horas previas a la operación para prepararse para la anestesia. Si está tomando alguna medicación, háblelo con su médico, ya que posiblemente deberá interrumpirla antes de la TUMT.

¿Cuándo podré volver a hacer vida normal?

Por lo general se puede abandonar el hospital varias horas después de una TUMT. No conduzca al salir porque puede estar todavía somnoliento por la anestesia. Asegúrese de descansar bien el día del procedimiento.

Aunque todavía llevará la sonda en la uretra, podrá empezar a hacer vida normal a partir del día siguiente. Su orina puede seguir presentando restos de sangre, situación que puede continuar durante varias semanas.

Durante 4 a 6 semanas después de la intervención:

- Beba entre 1 y 2 litros de líquido al día, preferentemente agua
- No levante peso superior a 5 kilos
- No realice ejercicios físicos intensos y evite montar en bicicleta
- · No tome baños termales ni vaya a la sauna
- Evite el estreñimiento por medio de una dieta adecuada
- Si toma alguna medicación, háblelo con su médico

Evite tener relaciones sexuales durante 2 o 3 semanas. Después de una TUMT podría experimentar eyaculación retrógrada, situación crónica en la que el semen ya no puede salir por la uretra durante el orgasmo, sino que se dirige a la vejiga y se expulsa posteriormente al orinar. Su semen puede estar manchado de sangre durante varias semanas.

Deberá ir al médico o volver inmediatamente al hospital en los siguientes casos:

- Si tiene fiebre
- Si tiene problemas con la sonda
- Si no puede orinar por sí mismo después de habérsele retirado la sonda

Ventajas del procedimiento TUMT

- Se realiza con anestesia local
- · No suele requerir hospitalización
- Bajo riesgo de complicaciones
- No hace falta dejar de tomar anticoagulantes

Inconvenientes del procedimiento TUMT

- Es menos efectivo para próstatas grandes y en caso de obstrucción grave
- Después de la intervención, hay que llevar una sonda en casa durante varios días
- Los síntomas y el flujo miccional mejoran con lentitud
- Puede requerir otro tratamiento al cabo de varios años porque la próstata sigue creciendo

Inyecciones intraprostáticas de etanol y de toxina botulínica

En la actualidad se están estudiando las inyecciones de etanol y de toxina botulínica como opciones de tratamiento del CBP. Posiblemente se acepte su uso en el futuro, pero en estos momentos están todavía en fase experimental, por lo que sólo se utilizan en ensayos clínicos.

Inyecciones intraprostáticas de etanol

El etanol, que es alcohol puro, se inyecta a través de la uretra o del recto en el tejido prostático. Su objetivo es reducir el tamaño de la próstata y mejorar el flujo miccional.

Inyecciones intraprostáticas de toxina botulínica

La toxina botulínica es ampliamente conocida por uno de sus nombres comerciales, Botox. Es una potente sustancia tóxica que se utiliza en cirugía estética. En el tratamiento del CBP bloquea las terminaciones nerviosas y relaja el músculo liso de la próstata. Además, reduce su tamaño y mejora el flujo miccional. Se puede inyectar a través de la uretra, del recto o del periné. Estudios recientes desaconsejan el uso de la toxina botulínica para tratar los síntomas del tracto urinario inferior en hombres con CPB.

Información actualizada en septiembre del 2013

Este folleto está incluido en el grueso de la Información al paciente que la AEU facilita sobre el CBP. Contiene información general sobre el crecimiento benigno de próstata. Si desea hacer alguna pregunta sobre sus problemas de salud en particular, deberá consultar con su médico u otro profesional de la salud.

Esta información ha sido elaborada por la Asociación Europea de Urología (EAU por sus siglas en inglés) en colaboración con el Departamento de Urotecnología de la AEU (ESUT por sus siglas en inglés), con Europa Uomo y con la Asociación Europea de Enfermeros de Urología (EAUN por sus siglas en inglés).

El contenido de este folleto se ajusta a las Directrices de la EAU. Podrá encontrarlo junto con más información sobre enfermedades urológicas en nuestra página web: http://patients.uroweb.org/es

Personas que han colaborado en la elaboración de esta serie informativa:

Prof. Thorsten Bach
Prof. Alexander Bachmann
Prof. Christopher Chapple
Prof. Louis Denis
D. Günter Feick
Prof. Stavros Gravas
Dr. Hashim Hashim
Prof. Rolf Muschter
Dr. Cosimo De Nunzio
D. Hans Ransdorp
Prof. Jens Rassweiler
Da. Maria Russo
Dr. Roman Sosnowski
Prof. Andrea Tubaro

Hamburgo, Alemania Basilea, Suiza Sheffield, Reino Unido Amberes, Bélgica Gehrden, Alemania Larissa, Grecia Bristol, Reino Unido Rotenburg, Alemania Roma, Italia Bussem, Países Bajos Heilbronn, Alemania Orbassano, Turín, Italia Varsovia, Polonia Roma. Italia