



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE MEDICINA  
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN  
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS  
DE LA SALUD



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**Absceso prostático: características clínicas y resultados de tratamiento en un  
hospital de tercer nivel.**

Por

Dr. Jesús García Saucedo

Como requisito parcial para obtener el grado de especialista en Urología

01 de octubre de 2023, Monterrey Nuevo León

Absceso prostático: características clínicas y resultados de tratamiento en un hospital de tercer nivel.

Aprobación de la tesis:

---

Dr. Med. Adrián Gutiérrez González

Director de la Tesis

---

Dr. Rodolfo Jaime Dávila

Coordinador de Enseñanza

---

Dr. Med. Lauro Salvador Gómez Guerra

Coordinador de Investigación

---

Dr. Med. Adrián Gutiérrez González

Jefe del Servicio de Urología

---

Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez

Subdirector de Estudios de Posgrado

## Dedicatoria y agradecimiento

Principalmente a mi querida madre, Yolanda, por acompañarme en cada paso que he dado en la búsqueda de ser una mejor persona y profesional, por todo su amor y motivación para continuar y seguir adelante, por nunca soltarme, por haber hecho esto posible. A mi padre, José, por todo el apoyo, por haberme dado una carrera para mi futuro y creer en mi en todo momento, por tu sacrificio y esfuerzo, totalmente agradecido.

A mis hermanas y Armando, por estar conmigo, escucharme y apoyarme en los mejores y peores momentos, les dedico mi trabajo.

A mis compañeros de generación, Roberto, Mario y Valeria que se volvieron mis hermanos y mi familia, por acompañarme en este viaje y aprender juntos, por su amistad incondicional.

Al personal de enfermería, especialmente Eduardo, Doris, que me vieron y ayudaron a crecer, mi eterno agradecimiento.

A mis compañeros y amigos de residencia, grados superiores e inferiores, agradecido por los momentos compartidos y feliz de haber trabajado con ustedes. A las personas que estuvieron y fueron parte del camino, me brindaron su apoyo y comprensión, con mucho cariño.

A mi asesor de tesis, Dr. Adrián Gutiérrez González, a mi maestro, Dr. Gustavo Arrambide, mi compañero y amigo, Dr. Rigoberto Pallares Méndez, por su paciencia y enseñanzas.

A todos ustedes, muchísimas gracias

## Tabla de contenido

Marco teórico.....	2
Resumen .....	2
Definición de problema.....	3
Antecedentes .....	3
Justificación.....	4
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos .....	5
Hipótesis .....	5
Diseño del estudio. ....	5
Cálculo de la muestra.....	6
Sitio del estudio. ....	6
Población del estudio.....	6
Criterios de selección .....	6
Criterios de inclusión .....	6
Criterios de exclusión.....	6
Criterios de eliminación .....	6
Intervención del estudio. ....	7
Manejo de datos .....	7
Análisis estadístico .....	7
Consideraciones éticas.....	7
Resultados.....	7
Discusión .....	9
Conclusion.....	10
Bibliografía .....	11
Anexos.....	13
Resumen Autobiográfico .....	16

## **Absceso prostático: características clínicas y resultados de tratamiento en un hospital de tercer nivel.**

### **Marco teórico**

#### **Resumen**

El absceso prostático (AP) es una patología poco común y debido al desarrollo de nuevas generaciones de antibióticos la incidencia ha disminuido de manera importante desde su uso. Se trata de una acumulación de material purulento en la glándula prostática debido a una infección, generalmente, como complicación de una prostatitis aguda bacteriana. (Hassan Kudhur 2020)

La gran mayoría de los APs se asocia con patógenos gram-negativos como E. Coli aunque también Neisseria, Staphylococcus aureus y Mycobacterium tuberculosis. Previo a la nueva era de antibióticos, el agente causal más común de AP era Neisseria gonorrhoea hasta un 75% de los casos. Factores de riesgo como diabetes mellitus, estados de inmunosupresión, alteraciones en el vaciamiento vesical y la instrumentación urinaria están relacionados al desarrollo de infecciones de la vía urinaria y abscesos en la próstata. (Helman 2021).

El diagnóstico del AP es un reto para los urólogos debido a la complejidad de su presentación clínica, ya que los síntomas urinarios son inespecíficos y no hay signos patognomónicos de la patología, además, que pueden mimetizar otras enfermedades. (Haitham 2017) Sin embargo, existen nuevas herramientas que permiten un diagnóstico más rápido y certero: como los estudios de tomografía computarizada, resonancia magnético o ultrasonografía. (Joe-HeeHwang 2022)

Las imágenes por ultrasonido más frecuentemente encontradas son zonas hipoecoicas, aunque, por lo general la extensión del absceso se subestima mediante este método de diagnóstico; no así con la Tomografía contrastada, la cual tiene una mayor precisión para definir la extensión de la colección.

Actualmente no existe una guía de tratamiento estandarizada en el manejo de AP, esto debido a que la mayor parte de la literatura son reportes de caso y la poca incidencia de la enfermedad. El manejo medico invariablemente es mediante antibioticoterapia de amplio espectro, generalmente en esquemas largos de tratamiento y reservado para colecciones menores de 1cm en su diámetro mayor o monofocales, sin embargo, en algunas situaciones, en ausencia de mejoría clínica o absceso de mayor tamaño, es necesario algún tratamiento quirúrgico, desde un drenaje por abordaje abierto hasta técnicas de mínima invasión como aspiración y drenaje guiado por imagen o transuretral. (Haitham 2017)

La aspiración y drenaje guiado por imagen, tiene la facilidad de realizarse incluso con anestesia local, el procedimiento presenta una baja morbilidad y tasa de éxito arriba del 80% de los casos. La resección y destecho transuretral de próstata resulta buena opción en caso de falla o persistencia al drenaje guiado por ultrasonido. (Haitham 2017)

### **Definición de problema**

La falta de una guía estandarizada y pocos estudios comparativos para el abordaje de los abscesos prostáticos no ha hecho posible que se logre un consenso y definir el tipo de tratamiento ya sea conservador o quirúrgico. Dado que el AP generalmente es una complicación de prostatitis aguda bacteriana y la diseminación hematogena puede causar sepsis y potencialmente la muerte si no se trata de manera adecuada. (*Ibrahim Alnadhari 2020*).

Son pocos los estudios actualmente que comparan los resultados clínicos del paciente con las modalidades de tratamiento, ya sea conservador con antibioticoterapia versus algún procedimiento quirúrgico como resección transuretral de próstata (RTUP) o drenaje/aspiración guiada por imagen, en relación a las características imagenológicas del absceso de próstata.

### **Antecedentes**

Jang y colaboradores en su estudio del tratamiento de abscesos prostáticos, compararon los resultados de 3 diferentes abordajes: resección transuretral de próstata, drenaje guiado por ultrasonido y manejo conservador con antibioticoterapia; encontrando en los pacientes estudiados un promedio del tamaño de la colección

prostática de 3.8cm y un volumen glandular de 56gr, además los pacientes sometidos a resección transuretral tienen una estancia hospitalaria más corta, los únicos que presentaron recurrencia del absceso fueron los tratados mediante aspiración y drenaje por ultrasonido. (Jang et al 2012)

Por otro lado, en el estudio de Chou y sus colaboradores, en su experiencia, en referencia al tamaño y número de abscesos presentes diagnosticados por ultrasonido, sugieren que el tratamiento debe ser mediante el drenaje cuando el diámetro es mayor de 1cm o presenta múltiples colecciones. (Chou et al 2004)

Por último, en la revisión sistemática presentada por Khudhur y colaboradores se analizan los resultados de pacientes con absceso prostático en relación a la presentación clínica, herramienta diagnóstica y modalidad de tratamiento utilizada, también se menciona una estancia hospitalaria mayor en los pacientes que no fueron tratados con resección transuretral y una recurrencia mayor con el tratamiento percutáneo eco-guiado. (Khudhur 2020)

### **Justificación**

En nuestro país, actualmente, no se cuenta con alguna serie comparativa de los resultados entre los diferentes abordajes del AP. Nuestro estudio representa el primer trabajo en México que evalúa las características clínicas del paciente, radiológicas y tipo de abordaje.

En nuestra región encontramos muchos pacientes con infecciones de próstata y complicaciones en ella, la gran mayoría acude a nuestra institución en malas condiciones y con enfermedad diseminada.

Creemos que, si se logra estandarizar el tratamiento y tipo de abordaje preciso para cada caso, tomando en cuenta las características clínicas e imagenológicas del paciente con absceso prostático, el pronóstico de nuestros pacientes puede verse beneficiado.

## **Objetivo general**

Describir las características demográficas y radiológicas de los pacientes con absceso prostático, comparar los resultados clínicos obtenidos de acuerdo con el tipo de tratamiento utilizado en un hospital de tercer nivel en el noreste de México.

## **Objetivos específicos**

Comparar los resultados entre el tratamiento conservador con antibioticoterapia versus tratamiento quirúrgico

Describir los resultados de la relación de tamaño, número y localización de los abscesos prostáticos con el tipo de tratamiento realizado.

## **Hipótesis**

Hi: el tratamiento quirúrgico del absceso prostático tiene mejores resultados clínicos con menor morbilidad y estancia hospitalaria

Ho: el tratamiento quirúrgico del absceso prostático no tiene mejores resultados clínicos con menor morbilidad y estancia hospitalaria

## **Material y métodos**

### **Diseño del estudio.**

Se trata de un estudio retrospectivo y analítico de pacientes con diagnóstico de absceso prostático por tomografía contrastada en el periodo del 2017 al 2022 en un hospital de tercer nivel del noreste de México.

Toda la información de los pacientes fue obtenida y recolectada del expediente clínico y sistema de base de datos de estudios de imagen del hospital en un formato de recolección de datos para su organización.

En todos los pacientes se realizó estudio de tomografía computarizada de abdomen con contraste para la extensión de la colección prostática. Para el proceso descriptivo de las imágenes se tomó en cuenta la interpretación del estudio por parte del servicio de imagenología para la definición de tamaño, número y localización de colecciones de próstata.



### **Cálculo de la muestra.**

Tomando en cuenta los reportes de la literatura y considerando pacientes con absceso prostático diagnosticados por estudio de tomografía computarizada y tratados de manera conservadora o quirúrgica, se realizó el cálculo del tamaño de muestra para estudios de prevalencia con variable dependiente expresada en media, estimándose una muestra inicial de 21 elementos registrados en los últimos 5 años en nuestra institución.

### **Sitio del estudio.**

El estudio se realiza en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de Monterrey Nuevo León, México.

### **Población del estudio**

El estudio se llevó a cabo en 21 pacientes con diagnóstico de absceso prostático mayores de 18 años, confirmado por imagen de tomografía computarizada de abdomen contrastado.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

Pacientes con diagnóstico de absceso de próstata por imagen de tomografía computarizada contrastada hospitalizados

Pacientes mayores de 18 años

Casos tratados por servicio de urología

#### **Criterios de exclusión**

Pacientes sin confirmación diagnóstica por estudio de tomografía

Pacientes no hospitalizados para su tratamiento

#### **Criterios de eliminación**

Serán eliminados del estudio los pacientes que se negaron a tratamiento quirúrgico cuando este se encuentra indicado

### **Intervención del estudio.**

No se realizará ningún tipo de intervención médica sobre los pacientes. Se trata de un estudio retrospectivo y analítico

### **Manejo de datos**

La información será recolectada a través de un formulario en formato Excel, será codificado para el programa SPSS. Los datos serán obtenidos por el investigador principal

### **Análisis estadístico**

Se realizó el análisis estadístico con ayuda del Software SPSS statistics versión 23. Se realizan medidas de dispersión (media y desviación estándar) para las variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para las categóricas. La prueba de T-Student para muestras independientes de variables cuantitativas paramétricas y U de Mann Whitney para no paramétricas, de acuerdo con su distribución. De acuerdo con el tipo de tratamiento utilizado y porcentaje de próstata ocupado por la colección se realizó regresión logística para predecir reintervención, considerando un valor estadísticamente significativo de  $p < 0.001$  y  $p < 0.012$  respectivamente.

### **Consideraciones éticas**

La información será almacenada en una base de datos, en la cual no se incluyen datos confidenciales que identifiquen al paciente. Ninguna persona o dependencia externa al estudio tendrá acceso a la información recolectada.

### **Resultados**

Durante el periodo de este estudio, 21 pacientes con AP fueron incluidos. Se muestran las características demográficas y clínicas de los pacientes, además, volumen y diámetro, lateralidad en próstata, presencia de gas, modalidad de tratamiento utilizada y resultados. La opción de tratamiento fue clasificada de acuerdo con el abordaje utilizado, ya sea drenaje percutáneo, resección transuretral, o bien, manejo conservador o médico. También se clasificó para los pacientes de acuerdo con el número de intervenciones; como tratamiento único o reintervención.

La media de edad fue de 57.61 años con un rango desde 26 hasta 84. Un total de 14 pacientes (66.7%) tenía Diabetes Mellitus, trece (61.9%) de veintiún pacientes es o fue usuario de drogas intravenosas y uno (4.8%) con historia de VIH; del total de la población solo cuatro (19%) estaba en tratamiento de reemplazo renal con hemodiálisis, también 4 pacientes (19%) eran portadores crónicos de catéter transuretral. Ninguno de estas características demográficas y clínicas mostro diferencia significativa para los pacientes intervenidos en una ocasión o que fueron reintervenidos.

La mayor parte de los pacientes, trece (61.9%) tenía antecedente de síntomas urinarios bajos; doce (57.1%) se presentó con retención urinaria aguda y en siete de estos (58.3%) se colocó de manera inicial catéter de cistostomía; tres (14.3%) se presentaron con orquiepididimitis. Ninguna de estas variables tuvo diferencia estadísticamente significativa. La tabla 1 muestra las características clínicas y demográficas de los pacientes en relación al grupo de tratamiento.

La media del volumen de las colecciones prostáticas fue de 20.88 ml con un rango de 1.7 hasta 100 ml, mientras que el diámetro mayor en promedio fue de 3.86 cm (rango de 1.2 a 8.9 cm). La mayoría de los pacientes, catorce (66.7%) del total se presentó con múltiples colecciones y en trece (61.9%) se presenta como una colección septada. En catorce (66.7%) existía involucro de ambos lóbulos prostáticos. Las características del absceso prostático por grupos de tratamiento se muestran en la tabla 2.

La mayoría de los pacientes fueron tratados mediante aspiración y drenaje de la colección (11 casos), resección transuretral (7 casos) y mediante tratamiento conservador (4 casos). La media del diámetro de la colección en los pacientes tratados de manera conservadora fue de 2.85 cm y con una media de volumen de 3.2 ml; para la RTU-P la media del diámetro de 3.2 cm y un volumen de 10 ml; mientras que para los casos manejados con aspiración y drenaje la media de diámetro y volumen del absceso fue de 3.2 cm y 17.8 ml respectivamente. En los pacientes que se trataron mediante aspiración y drenaje, casi el 30% (29,14%) de las colecciones involucraban más del 25% del volumen total de la próstata; mientras que los grupos de pacientes

con resección transuretral y manejo conservador fueron de 16.66 y 10.13% respectivamente.

Cuando se realizó la comparación de pacientes manejados con una sola intervención y reintervención, se observó que, de los casos tratados con aspiración y drenaje, 8 pacientes (72.7%) se reintervinieron, por otro lado, ninguno de los casos manejados de manera conservadora o con resección transuretral tuvo la necesidad de intervención o un segundo procedimiento. Los casos reintervenidos tenían un volumen promedio de la colección de 29.83 ml y diámetro mayor de 4.4 cm versus los casos de una sola intervención, 14.84 ml y 3.45 cm respectivamente, sin diferencia estadísticamente significativa. Cuando se realizó el análisis con una regresión logística en los pacientes para predicción de reintervención, se observó un 87.5% ( $p=0.008$ ) de reintervención cuando la colección involucra más del 25% del volumen total de la próstata. La estancia hospitalaria no tuvo una diferencia significativa; 14.3 días para el grupo reintervención versus 12 días. En la tabla 3 se muestran estos datos. Sin embargo, cuando se compararon los 3 abordajes, en el tratamiento conservador se evidencia una tendencia a tener mayor tiempo de estancia hospitalaria Fig1.

## **Discusión**

Este estudio es el primer trabajo en nuestro país de análisis que compara las modalidades de tratamiento tanto médico como quirúrgico para los abscesos prostáticos, evaluando las comorbilidades del paciente, además de las características imagenológicas de la colección, como el tamaño, localización, porcentaje en glándula, volumen y diámetro. En estudios previos se ha mencionado la importancia de realizar un diagnóstico temprano de las complicaciones de una prostatitis aguda bacteriana como el absceso prostático, para lograr un tratamiento adecuado y preciso a la situación, ya que disminuye la morbilidad y mortalidad de manera importante. Alnadhari et al 2020, menciona que el tratamiento mediante aspiración y drenaje guiado por ultrasonido puede ser una opción de tratamiento adecuada, sin embargo, se relaciona con una mayor recurrencia y reintervención, además de una estancia intrahospitalaria más prolongada.

Consistente con la literatura, la mayoría de los pacientes en nuestro estudio con diagnóstico de AP presentan comorbilidades y factores de riesgo para su desarrollo, en su mayoría y la más importante Diabetes Mellitus, además de síntomas urinarios obstructivos bajos debido a crecimiento prostático, pacientes inmunodeprimidos y portadores de catéter urinario a permanencia.

Los abscesos únicos menores de 1cm, fueron tratados con antibioticoterapia de amplio espectro y esquema ajustado con base al resultado de cultivo urinario y antibiograma. Los abscesos mayores de 1cm, recurrentes o que no mejoraron a tratamiento conservador después de 48 horas mediante aspiración y drenaje o resección transuretral de próstata similar al estudio comparativo de Kidon Jang et al 2011.

El tratamiento de mínima invasión en estudios previos ha sido una estrategia que parece mostrar buenos resultados con la aspiración y drenaje de la colección además de antibioticoterapia adyuvante, sin embargo, en nuestro estudio mostro una mayor tasa de reintervención

Pacientes que se sometieron a resección transuretral tuvieron menor estancia hospitalaria y menor tasa de reintervención, similar a lo mostrado en estudios previos.

### **Conclusion**

A pesar de no ser una patología común, puede resultar en complicaciones importantes y alta mortalidad, se requiere un tratamiento preciso. En este estudio, la resección transuretral de próstata mostro una menor estancia hospitalaria y recurrencia en comparación a las otras modalidades de tratamiento. Los pacientes que tienen involucro de más del 25% de la próstata tienen más probabilidad de reintervención. Se requieren de más estudios comparativos y ensayos prospectivos para determinar la significancia clínica.

## Bibliografía

1. Alnadhari, I., Sampige, V. R. P., Abdeljaleel, O., El Ansari, W., Ali, O., Salah, M., & Shamsodini, A. (2020). Presentation, diagnosis, management, and outcomes of prostatic abscess: comparison of three treatment modalities. *Therapeutic advances in urology*, 12, 1756287220930627
2. Chou, Y. H., Tiu, C. M., Liu, J. Y., Chen, J. D., Chiou, H. J., Chiou, S. Y., Wang, J. H., & Yu, C. (2004). Prostatic abscess: transrectal color Doppler ultrasonic diagnosis and minimally invasive therapeutic management. *Ultrasound in medicine & biology*, 30(6), 719–724.
3. Dell'Atti L. (2015). A new ultrasound and clinical classification for management of prostatic abscess. *Archivio italiano di urologia, andrologia : organo ufficiale [di] Societa italiana di ecografia urologica e nefrologica*, 87(3), 246–249. <https://doi.org/10.4081/aiua.2015.3.246>
4. Fabiani, A., Filosa, A., Maurelli, V., Fioretti, F., Servi, L., Piergallina, M., Ciccotti, G., Tallè, M., & Mammana, G. (2014). Diagnostic and therapeutic utility of transrectal ultrasound in urological office prostatic abscess management: a short report from a single urologic center. *Archivio italiano di urologia, andrologia : organo ufficiale [di] Societa italiana di ecografia urologica e nefrologica*, 86(4), 344–348. <https://doi.org/10.4081/aiua.2014.4.344>
5. Ha, A. S., Helman, T. A., Haas, C. R., Decastro, G. J., & Hyams, E. S. (2021). A population-based analysis of risk factors and outcomes of prostatic abscess. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 24(4), 1143-1150.
6. Haitham Abdelmoteleb, . F. (2017). Management of prostate abscess in the absence of guidelines. *International Brazilian Journal of Urology*, 835-840.
7. Hwang, J. H., Hwang, J. H., Lee, S. Y., & Lee, J. (2022). Prostatic Abscess Caused by *Klebsiella pneumoniae*: A 6-Year Single-Center Study. *Journal of clinical medicine*, 11(9), 2521. <https://doi.org/10.3390/jcm11092521>
8. Jang, K., Lee, D. H., Lee, S. H., & Chung, B. H. (2012). Treatment of prostatic abscess: case collection and comparison of treatment methods. *Korean journal of urology*, 53(12), 860–864. <https://doi.org/10.4111/kju.2012.53.12.860>

9. Joo-HeeHwang1, 2.-H. (2022). Prostatic Abscess Caused by Klebsiella pneumoniae: A 6-Year Single-Center Study. *Journal of Clinical Medicine*.
10. Khudhur, H., Brunckhorst, O., Muir, G., Jalil, R., Khan, A., & Ahmed, K. (2020). Prostatic abscess: A systematic review of current diagnostic methods, treatment modalities and outcomes. *Turkish journal of urology*, 46(4), 262–273. Advance online publication.
11. Li, S., Sun, Z., Di, N., Liu, Q., & Wu, F. (2022). Prostatic Abscess Combined With Spleen Abscess Due to Multi-Drug-Resistant Gram-Negative Bacilli: A Case Report and Literature Review. *American journal of men's health*, 16(4), 15579883221108898. <https://doi.org/10.1177/1557988322110889>
12. Pathak, A., Shrestha, M. K., Khanna, S., Nanavati, J. D., Prasad, O. P., Gupta, A., & Mistry, T. (2022). Contemporary management of prostatic abscess: Our experience. *Urology annals*, 14(2), 135–140. [https://doi.org/10.4103/UA.UA\\_161\\_20](https://doi.org/10.4103/UA.UA_161_20)
13. Pishdad, R., Sullivan, S., & Mohammadi, O. (2021). Prostatic abscess. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 193(8), E290. <https://doi.org/10.1503/cmaj.20047>
14. Yi-Hong Chou; Chui-Mei Tiu; Jen-Yi Liu; Jen-Dar Chen; Hong-Jen Chiou; See-Ying Chiou; Jia-Hwia Wang; Chun Yu (2004). Prostatic abscess: transrectal color Doppler ultrasonic diagnosis and minimally invasive therapeutic management. , 30(6), 719–724. doi:10.1016/j.ultrasmedbio.2004.03.014

## Anexos

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes			
Abordaje	Aspiración y drenaje	RTU-P	Manejo medico
Edad	55.63 ± 9.05	66 ± 15.11	45.50 ± 20.66
DM2	8	4	3
HAS	1	1	2
Fumador	7	3	4
Enfermedad cardiaca	1	1	2
Enfermedad hepatica	1	0	0
IMC	24.9 (17.8-36.7)	26.6 (22.9-31.3)	27.9 (20.8-32.5)
Obesidad	2	2	1
Historial VIH	1	0	0
Usuario drogas IV	6	3	4
ERC	1	1	2
Hemodialisis	1	1	2
LUTS	6	6	1
Retención urinaria aguda	5	4	3
Usuario cateter urinario	1	1	2
Orquiepididimitis	2	0	1
Leucocitosis	9	6	4
Sepsis	6	3	4

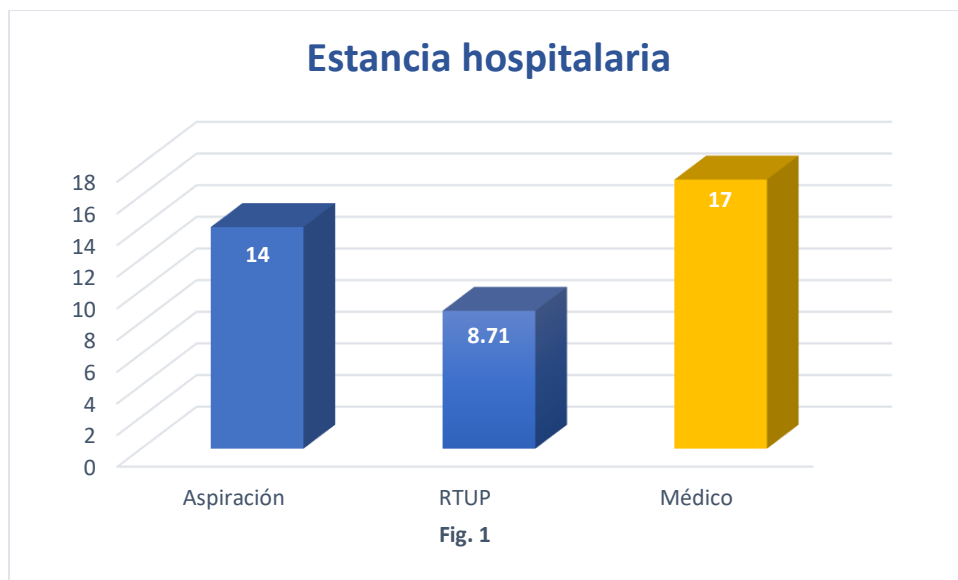


Tabla 2 Características del absceso prostático				
Abordaje	Aspiración y drenaje	RTU-P	Manejo medico	
Presencia de gas	1 (9.1%)	0 (0%)	1 (25%)	0.419
Presencia de septos	6 (54.5%)	4 (57.1%)	2 (50%)	0.978
Lateralidad				0.775
Unilateral	3 (27.3%)	3 (42.9%)	1 (25%)	
Bilateral	8 (72.7%)	4 (57.1%)	3 (75%)	
Zona de prostata afectada				
Apical	3 (27.3%)	0 (0%)	1 (25%)	0.112
Basal	3 (27.3%)	2 (28.6%)	3 (75%)	
Totalidad de la próstata	5 (45.%)	5 (71.4%)	0 (0%)	
Diámetro de absceso (cm)	3.20 (2.90-4.50)	3.2 (3.00-5.70)	2.85 (2.5-4.4)	0.513
Volumen de absceso (cm3)	17.80 (8.40-28)	10.00 (7.70-21)	3.2 (2.00-33.42)	0.206
Volumen prostático (cm3)	39.20 (25.30 - 70)	68.00 (40-91)	54.50 (26.25-77.50)	0.466
Porcentaje de glándula afectado	29.14 % (19.76-65.35)	16.66 % (11.32-33.89)	10.13 % (3.80-50.47)	0.063
Reintervención	8 (72.7%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>&lt;0.001</b>
Estancia hospitalaria	14 ± 4.7	8.71 ± 4.2	17 ± 5.64	0.026

Tabla 3. Comparación de características y tratamiento con el numero de intervenciones			
Numero intervención	Intervención única	Reintervención	
Diámetro de absceso (cm)	3.45 ± 1.59	4.4 ± 2.05	0.07
Volumen de absceso (cm3)	14.84 ± 15.61	29.83 ± 30.38	0.082
Volumen prostático (cm3)	63.37 ± 34.74	57.15 ± 42.80	0.525
Requerimiento de cistostomía	6 (42.9%)	6 (75%)	0.145
Manejo inicial			
Aspiración	3 (21.4%)	8 (100%)	<b><u>0.002</u></b>
RTUP	7 (50%)	0 (0%)	
Médico	4 (28.6%)	0 (0%)	

<b>Tipo de aspiración</b>			
Transperineal	2 (62.7%)	4 (50%)	0.621
Transrectal	1 (33%)	4 (50%)	
<b>Estancia hospitalaria</b>	12 ± 5.5	14.37 ± 5.5	0.343
<b>Afectación &gt;25%</b>	4 (28.6%)	7 (87.5%)	<b><u>0.008</u></b>

Fig.1



## Resumen Autobiográfico

Jesús García Saucedo  
Candidato para obtener el título de  
Especialista en Urología

Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Medicina y Hospital Universitario  
“Dr. José Eleuterio González”

Tesis

Absceso prostático: características clínicas y resultados de tratamiento en un hospital  
de tercer nivel. UR24-00002

Nací en la ciudad de Monclova Coahuila, el 29 de abril de 1993, donde inicié mis estudios hasta bachillerato. Realicé la licenciatura y pregrado de la carrera de medicina en la Universidad de Monterrey, donde me gradué como Médico Cirujano y Partero.