

## Absceso prostático: presentación de un caso y revisión de la literatura

### Prostatic abscess: case report and literature review

Dres. Patricio A. García  
Marchiñena;  
Diego A. Juárez;  
Leandro Capiel;  
Juan C. Liyo;  
Pablo F. Martínez;  
Carlos R. Giúdice.

#### INTRODUCCIÓN

El absceso prostático dejó de ser una patología común en la práctica clínica debido a la introducción temprana de antibioticoterapia para el tratamiento de las infecciones del tracto urinario inferior. No obstante es una patología que existe y si no se la trata a tiempo, es potencialmente mortal.

Según la literatura alrededor del 0,2 % de los pacientes hospitalizados por síntomas urológicos presentan un absceso prostático. Sin embargo, hoy en día es una patología que se asocia cada vez más con pacientes inmunocomprometidos, lo que hace de radical importancia su diagnóstico temprano y tratamiento efectivo.

Si bien la sospecha diagnóstica del absceso prostático es clínica, los métodos por imágenes desempeñan un rol fundamental en su diagnóstico y seguimiento.

Presentamos el caso de un paciente con doble trasplante (riñón y páncreas), que en su seguimiento fue diagnosticado y tratado quirúrgicamente un absceso prostático.

#### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 40 años de edad que presenta como antecedente de importancia haber recibido un trasplante renopancreático por padecer una insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes. A dos meses del trasplante comenzó con episodios de orquiepididimitis derecha a repetición que motivaron su hospitalización y por lo que fue vasectomizado unilateralmente luego del tercer episodio.

A seis meses de haber sido transplantado el paciente consulta a la Guardia por un síndrome febril de siete días de evolución asociado con disuria, poliaquiuria y tenesmo vesical. Al examen físico se encontraba febril, sin evidencia de infección a nivel de epidídimos ni testículos, no presentaba globo vesical, en el tacto rectal se evidencia una próstata dolorosa, aumentada de tamaño y de consistencia blanda y fluctuante. Se toman urocultivos y hemocultivos, se le realiza un examen de laboratorio donde destacaba un leucocitosis de 10.700 por  $\text{mm}^3$  con neutrofilia (76.2%). En el sedimento de orina se evidenciaron 30–40 leucocitos agrupados. Se realiza una ecografía de árbol urinario que informa una vejiga con un volumen de 200 cc con un residuo post miccional de 145 cc y un volumen prostático de 40 cc, de ecoestructura heterogénea con una imagen anecoica en la región laterobasal derecha de 4 por 3 cm (Figura 1). Se decide su internación con antibioticoterapia endovenosa empírica, comienza a recibir ampicilina/sulbactam por estar colonizado por *Acinetobacter* sp. sensible.

Por ser alérgico al yodo y habiendo recibido un trasplante renal, se realiza una resonancia nuclear magnética de pelvis con gadolinio para objetivar la extensión del absceso y el compromiso de órganos vecinos. En ésta se evidencia una próstata aumentada

de tamaño a expensas de una formación hiperintensa en T2 que engloba la uretra con múltiples tabiques hipointensos en su interior, encontrándose respetada la base del lóbulo izquierdo y cápsula prostática, sin alteración del tejido adiposo periprostático (Figura 2).

Con el diagnóstico confirmado de absceso prostático y habiendo recibido tratamiento antibiótico endovenoso adecuado al germen aislado en el urocultivo (*Acinetobacter* sp. sensible), al sexto día de internación se decide realizar un destechamiento del absceso prostático por vía transuretral y se le realiza una cistostomía percutánea bajo control ecográfico una vez finalizado el procedimiento (Figura 3).

Evoluciona favorablemente en el postoperatorio, al quinto día de operado se decide cerrar la cistostomía y comienza a orinar espontáneamente, cuantificándose un residuo postmiccional escaso por lo que se retira la misma. Es dado de alta con internación domiciliar para completar tratamiento antibiótico endovenoso.

A los dos meses de completar el tratamiento antibiótico comienza con episodios de orqui epididimitis izquierda a repetición. Se aísla nuevamente un *Acinetobacter* sp. sensible a ampicilina/sulbactam. Se realiza un tacto rectal donde se palpa una próstata indolora reblandecida grado 1. Durante su tercera internación se realiza nueva resonancia nuclear magnética de pelvis con gadolinio donde no se observan colecciones a nivel de la lodge prostática (Figura 4). Se realiza la vasectomía del lado izquierdo. Evoluciona favorablemente y se decide el alta hospitalaria con tratamiento antibiótico endovenoso.

A la fecha, luego de finalizar el tratamiento antibió-

tico, el paciente no presentó nuevos episodios febriles, ni síntomas urinarios irritativos.

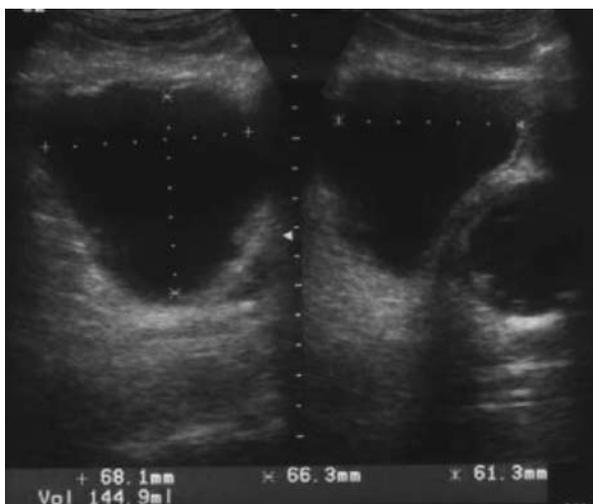
## DISCUSIÓN

La aparición de un absceso prostático representa una complicación grave de una infección del tracto urinario<sup>1</sup>. En la práctica habitual es una entidad infrecuente que se da en un 0,2% de los hospitalizados por síntomas urológicos<sup>11</sup> con una incidencia en torno al 0,5% del total de las enfermedades prostáticas<sup>4</sup>, observándose mayor incidencia en pacientes donde concurren varios factores predisponentes como son la inmunosupresión, la diabetes, sondaje vesical crónico e instrumentación de la vía urinaria<sup>5-6-9</sup>.

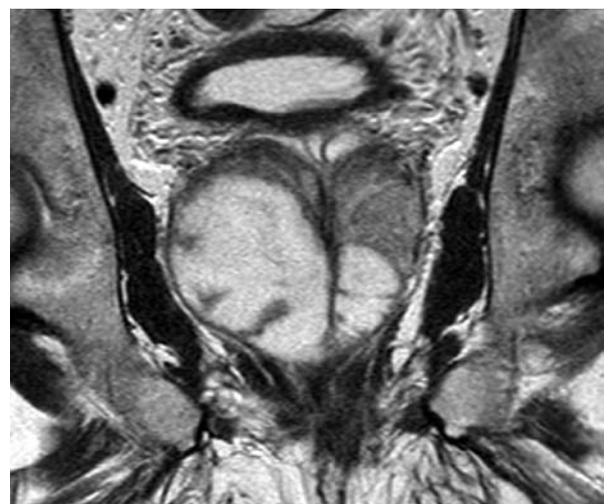
La causa más frecuente es la infección uretral ascendente, con el consiguiente reflujo intraprostático, forma que explica alrededor de más del 60% de los casos<sup>11</sup>. Formas de presentación atípicas son aquellas producidas por inoculación directa tras una biopsia transrectal o por diseminación hematogena de un foco infeccioso extraurinario<sup>5</sup>.

Durante la primera mitad del siglo veinte el germen habitualmente asociado con esta patología era la *Neisseria gonorrhoeae*, hoy en día la mayor parte de los abscesos prostáticos se asocia con bacilos gram negativos<sup>9</sup>. La aparición del virus de la inmunodeficiencia humana junto con el uso extensivo de antibióticos de amplio espectro, dio lugar en los últimos años a la aparición de cada vez más casos reportados de abscesos prostáticos por micobacterias, hongos y gérmenes resistentes<sup>3-9-11</sup>.

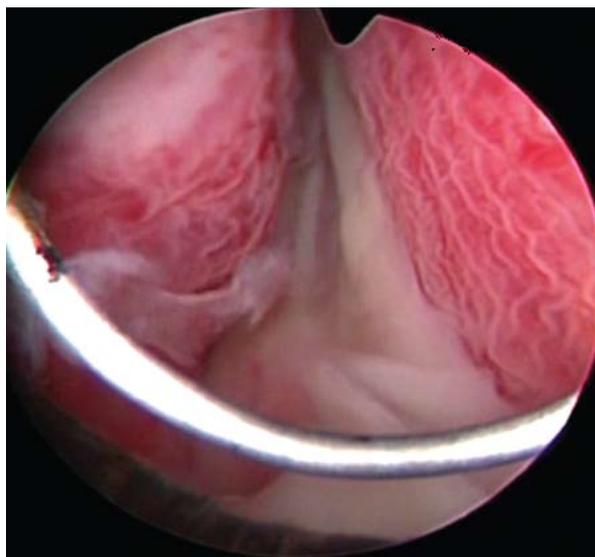
Se debe tener un alto índice de sospecha para



**Figura 1.** Ecografía de árbol urinario. Imagen anecoica a nivel de próstata.



**Figura 2.** RNM pelvis con gadolinio. Absceso prostático. T2 corte coronal



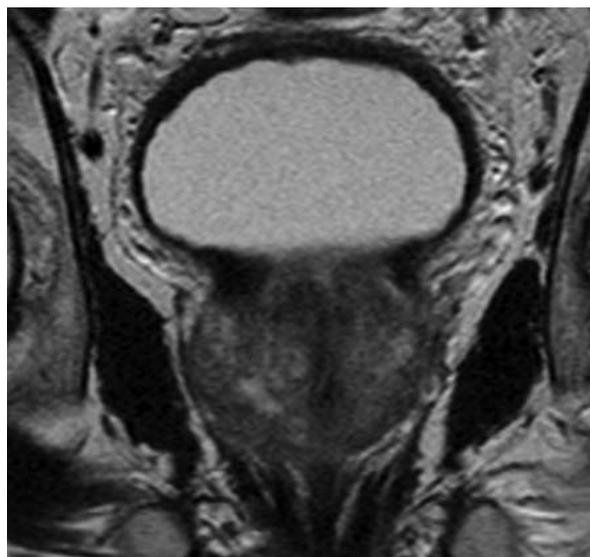
**Figura 3.** Destechamiento por vía transuretral del absceso

diagnosticar esta entidad, suele presentarse como un episodio de infección urinaria de tórpida evolución<sup>10</sup>, siendo los síntomas más frecuentes la fiebre, síndrome miccional irritativo con poliaquiuria y tenesmo vesical, encontrándose menos frecuentemente con dolor perineal, hematuria, tenesmo rectal, secreción uretral y en algunos casos con retención urinaria<sup>4-9</sup>.

Si bien la palpación de un área fluctuante a nivel prostático es un signo característico de esta entidad, sólo se halla en el 29% de los casos<sup>4-9</sup>, encontrándose en la mayoría de estos pacientes una próstata indurada y dolorosa al tacto ( signo de *Chandelier*)<sup>3</sup>.

Se requieren estudios por imágenes para confirmar la sospecha clínica, y en este sentido la ecografía transrectal es el método de elección<sup>1-2,4</sup>; sin embargo, cuando el tamaño del absceso lo permite, es posible diagnosticarlo con una simple ecografía de árbol urinario<sup>4</sup>. Otros métodos como son la tomografía axial computada y la resonancia nuclear magnética son útiles para evidenciar la extensión extraprostática y compromiso de órganos vecinos, así como para objetivar la respuesta al tratamiento<sup>2,4,9-11</sup>.

Los pilares terapéuticos son dos, antibioticoterapia y el drenaje quirúrgico en cualquiera de sus modalidades. Respecto de la antibioticoterapia, será necesario la toma de cultivos antes de comenzar con cualquier esquema terapéutico empírico de amplio espectro, y éste se ajustará según la sensibilidad de los cultivos. Por la gravedad del cuadro se opta por la vía endovenosa durante la fase aguda de la enfer-



**Figura 4.** RNM pelvis con gadolinio. Absceso prostático. T2 corte coronal

medad<sup>4-10-11</sup>. El tratamiento del absceso de próstata dependerá del tamaño del mismo, pudiendo tratarse de manera conservadora aquellos menores de 1 – 1,5 cm<sup>4-12-14</sup>, mientras que abscesos de mayor tamaño requieren drenaje quirúrgico.

Respecto del tipo de drenaje a realizarse, las opciones han variado a lo largo de los años, desde el drenaje abierto practicado a principios, pasando por el destechamiento por vía endoscópica y últimamente se propone el drenaje percutáneo ecodirigido ya sea vía perineal o transrectal<sup>1-2,4-8-9-10</sup>. Si bien el drenaje percutáneo propone ser un buen método terapéutico<sup>1-10-11</sup>, no existe consenso para generalizar su uso<sup>9</sup>. El destechamiento endoscópico sigue siendo en nuestra institución la modalidad terapéutica de elección.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Varkarakis J., Sebe P., y col.: Three-dimensional ultrasound guidance for percutaneous drainage of prostatic abscesses. *Urology* 63: 1017-1020, 2004.
2. Barozzi L., Pavlica P., y col.: Prostatic Abscess: Diagnosis and Treatment. *AJR* 170: 753-757, 1998.
3. Shindel A., Darcy M., y col.: Management of Prostatic Abscess with Community- Acquired Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus* after Straddle Injury to the Uretra. *J Trauma* 61: 219-221, 2006.
4. Bosquet Sanz M., Gimeno Argente J., y col.: Absceso prostático: revisión de la literatura y presentación de un caso. *Actas Urol Esp* 29(1): 100-104, 2005.
5. Hoffman M., Steele G., y col.: Acute bacterial endocarditis secondary to prostatic abscess. *J Urol* 163: 245, 2000.

6. Lin D., Lin Y., y col.: Enphysematous prostatic abscess after transurethral microwave thermotherapy. *J Urol* 166: 625, 2001.
7. Aust T., Massey J.: Tubercular prostatic abscess as a complication of intravesical bacillus Calmette- Guérin immunotherapy. *Int J Urol* 12: 920-921, 2005.
8. Bachor R., Gottfried H., y col.: Minimal invasive therapy of prostatic abscess by transrectal ultrasound-guided perineal drainage. *Eur Urol* 28(4): 320-324, 1995.
9. Trauzzi S., Kay C., y col.: Management of prostatic abscess in patients with human immunodeficiency syndrome. *Urology* 43(5): 629-633, 1994.
10. Serrano Frago P., Allepuz Losa C., y col.: Actualidad en manejo de abscesos prostáticos: a propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 30(7): 720-722, 2006.
11. Ruiz de la Rioja J., Fernández González I., y col.: Evolución del absceso prostático tratado con drenaje transperineal. *Actas Urol Esp* 20(7): 672-675, 1996.
12. Ludwig M., Schroeder I., y col.: Diagnosis and therapeutic management of 18 patients with prostatic abscess. *Urology* 53: 340-345, 1999.
13. Domínguez Berrot A., De San Luis L., y col.: Absceso prostático como causa poco frecuente de shock séptico. *Med Int* 28(4): 222-324, 2004.
14. Collado A., Palau J., y col.: Ultrasound guided needle aspiration in prostatic abscess. *Urology* 53: 548-552, 1999.