

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

M. Bosquet Sanz, V. Gimeno Argente, J.L. Palmero Martí, M.A. Bonillo García, J.V. Salom Fuster*, J.F. Jiménez Cruz

Servicios de Urología y Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Actas Urol Esp 2005; 29 (1): 100-104

RESUMEN

ABSCESO PROSTÁTICO: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO

El absceso prostático es una entidad poco frecuente desde la aparición de los antibióticos, sin embargo, en algunas ocasiones su gravedad requiere de un diagnóstico rápido y tratamiento intervencionista. Presentamos el caso de un varón de 78 años en el que la evolución tórpida del proceso y el deterioro del estado general del enfermo obligaron a realizar una prostatectomía urgente para tratar el absceso subyacente. Realizamos una revisión de la literatura, abordando la etiología, la clínica, el diagnóstico y tratamiento de esta patología poco frecuente en la actualidad.

Palabras clave: Absceso prostático. Prostatectomía.

ABSTRACT

PROSTATIC ABSCESS: REPORT OF A CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE

Prostatic abscess is an uncommon entity nowadays due to widely use of antibiotics, however, in some patients, because of the seriousness, a quickly diagnosis and interventionist treatment is required. We report a case of a 78 years-old male patient who had a torpid evolution and needed an urgent prostatectomy. We review etiopathogenic factors, clinical findings, diagnosis and treatment of this uncommon entity.

Key words: Prostatic abscess. Prostatectomy.

El absceso prostático es una patología poco frecuente. Su incidencia ha disminuido claramente desde la aparición de los antibióticos, aunque continúa siendo una patología grave con un alto número de complicaciones si no se trata de forma temprana.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 78 años de edad, diabético en tratamiento con antidiabéticos orales, con historia de litiasis renal y cólicos nefríticos de repetición, y con neoplasia maligna de cuello tratada mediante RT dos meses antes, que acude a urgencias por un síndrome miccional irritativo con polaquiuria, tenesmo vesical y disuria de dos meses de evolución. Dos días antes estuvo en un servicio de urgencias donde fue diagnosticado de ITU instaurándose tratamiento antibiótico con Amoxicilina-clavulánico sin mejoría.

A la exploración física presentaba una temperatura axilar de 38,2° C. siendo el resto de la

exploración completamente normal, incluido el tacto rectal que evidenció una próstata de tamaño III/IV, no indurada y ligeramente dolorosa a la palpación. En el análisis de sangre que se realizó llamaba la atención una leucocitosis importante de 41800 con neutrofilia (93%), una glucemia de 337 mg/dl, una cifra de plaquetas de 394000, un fibrinógeno de 771 y un descenso del Índice de Quick (68%). En el sedimento de orina se evidenció piuria y microhematuria y en las radiografías simples de tórax y abdomen practicadas no apareció patología. Se realizó también en Puertas de Urgencia una ecografía de abdomen que no evidenció patología.

Con la sospecha de ITU ingresó en el Servicio de Urología instaurándose tratamiento antibiótico intravenoso tras obtención de urinocultivo. La pauta elegida en este caso fue la asociación de ceftriaxona 1 g más tobramicina 100 mg cada 12 horas. Al tercer día del ingreso y ante la mejoría clínica y analítica del paciente se decidió pasar la

antibioterapia intravenosa a oral, continuando con cefuroxima-axetilo. Al séptimo día, y coincidiendo con la llegada de los hemocultivos y urino cultivo cursados al ingreso y que fueron informados como negativos, el paciente presentó un pico febril de 39° C. y una nueva elevación de la cifra de leucocitos. Decidimos reinstaurar la antibioterapia intravenosa y realizar una ecografía vesico-prostática en la que llama la atención la gran próstata (400 cc.) que presentaba el paciente (Fig. 1). Ante la sospecha de que pudiera tratarse de una prostatitis aguda en el contexto de una HBP, se decidió continuar con la antibioterapia intravenosa y programar una Adenomectomía tipo Millin cuando remitiera la clínica infecciosa. A pesar de la antibioterapia la evolución continuó siendo desfavorable, persistiendo los picos febriles, por lo que se cambió la pauta de tratamiento introduciendo levofloxacino i.v. en lugar de ceftriaxona y se solicitó un cultivo fraccionado de orina. Pese al cambio del tratamiento antibiótico el paciente continuó presentando fiebre y empeoramiento del estado general por lo que se decidió realizar una ecografía transrectal para descartar la presencia de alguna complicación, en la que apareció un área mal delimitada en la periferia medial y craneal del lóbulo derecho, de ecogenicidad heterogénea, aunque de predominio hipocogénico, y con ausencia de flujo en el método doppler sugestiva de absceso prostático (Fig. 2). Ante los hallazgos ecográficos se decidió realizar una punción transrectal ecodi-



FIGURA 1. Imagen de ecografía vesicoprostática donde se observa el gran tamaño de la próstata (400 ml).

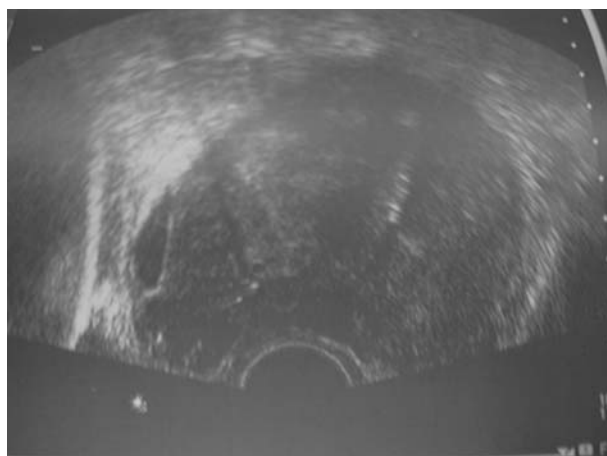
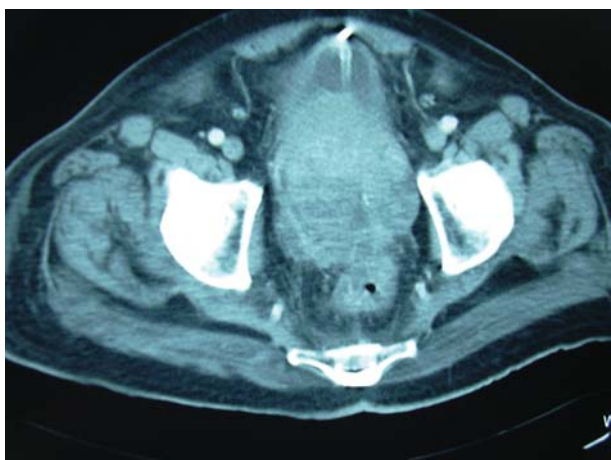


FIGURA 2. Imagen de ecografía transrectal de próstata donde se aprecia una zona hipocogénica, mal delimitada, heterocogénica, localizada en la zona periférica medial y principalmente craneal del lóbulo derecho de la próstata.

rigida del absceso, obteniendo unos 20 ml. de material purulento que se mandó a microbiología. El cultivo del exudado prostático y del pus fueron positivos a *E. coli*. Pese a la realización de la punción el paciente continuó con clínica séptica y sin referir mejoría por lo se decidió realizar una TC para confirmar el diagnóstico y descartar complicaciones del absceso. En la TC apareció un aumento del tamaño de la glándula prostática con una colección líquida multiloculada, localizada caudalmente a la propia glándula (Figs. 3a y 3b). Ante los hallazgos de la TC, y habiendo fracasado la punción transrectal, se decidió realizar una prostatectomía transvesical. En la intervención pudimos apreciar tras la apertura de la cápsula la total desestructuración de la glándula, con presencia de multiloculaciones y material purulento en su interior así como extensas zonas de necrosis tisular que comprometían toda la uretra prostática a nivel apical.

La anatomía patológica mostró dos pequeños focos de adenocarcinoma microacinar, muy alejados de los límites de resección, con un Gleason 2 + 3 (Fig. 4) y prostatitis crónica y aguda abscesificada con amplias áreas de necrosis junto con hiperplasia nodular (Figs. 5a y 5b).

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con una rápida mejoría clínica y analítica, procediéndose al alta hospitalaria a los 21 días de la intervención. A los 15 días del alta el paciente fue



FIGURAS 3a y 3b: Imágenes de TC pélvico donde aparece una próstata desestructurada, aumentada de tamaño, con colección líquida multitabuada localizada caudalmente a la propia glándula y que se extiende caudalmente con desflecamiento de la grasa periprostática y afectación de las paredes del recto que muestran edema submucoso.

visto en nuestra consulta externa presentando una incontinencia urinaria de esfuerzo. Tras seis meses de la intervención, el paciente continúa con incontinencia leve-moderada y precisa de absorbentes para su higiene diaria.

DISCUSIÓN

El absceso prostático es una patología poco frecuente, con una incidencia hoy en día entorno al 0,5 % del total de las enfermedades prostáticas¹. Es claro que su incidencia ha disminuido con la introducción de los antimicrobianos y especialmente con la aparición de antibióticos con buena penetración prostática como las fluor-

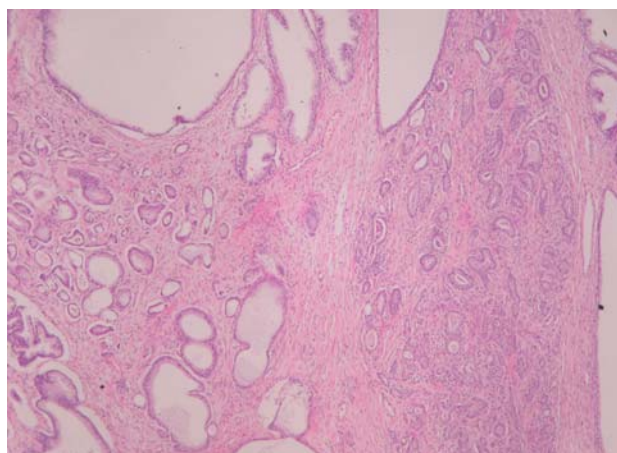


FIGURA 4: Imagen microscópica de anatomía patológica donde se observa los dos pequeños focos de adenocarcinoma microacinar.

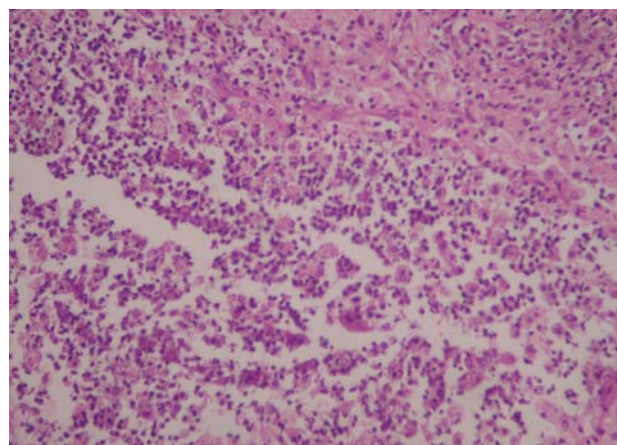
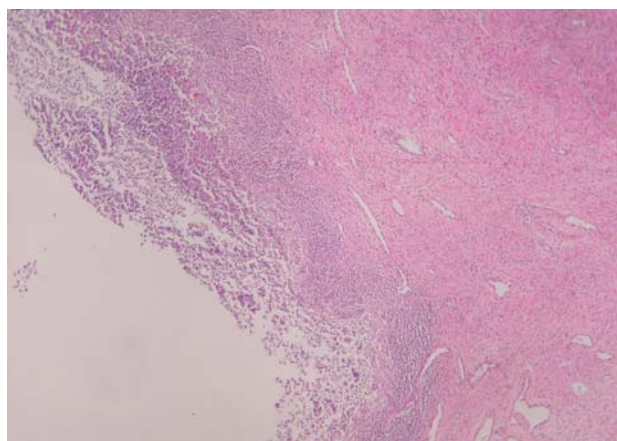


FIGURA 5a y 5b: Imagen microscópica de anatomía patológica donde se observa las áreas de necrosis y la intensa reacción inflamatoria que se ha producido entorno a los acinis que muestran una luz dilatada con grandes espacios que habrían sido ocupados por el material purulento.

quinolonas o el cotrimoxazol^{2,3}. Se suele presentar como una infección urinaria de evolución tórpida y es fácil encontrar en la historia clínica factores predisponentes como la diabetes mellitus, la manipulación de la vía urinaria, obstrucción al flujo urinario infravesical como la HBP, o la inmunosupresión¹.

La mayoría de abscesos prostáticos empiezan siendo microabscesos que poco a poco van coalesciendo hasta formar un absceso bien delimitado. Se suelen localizar en la periferia de la glándula, y esto es así debido a que uno de los factores más importantes implicado en la génesis de estos abscesos es el reflujo de orina, y por ende de microorganismos, hacia los acinis prostáticos. Los ductos que drenan los acinis de la periferia de la glándula desembocan en el *verum montanum* o en sus proximidades lo que propicia que durante las distintas fases de la eyaculación o durante la micción los microorganismos existentes en la uretra puedan penetrar hacia esos conductos. Además los ductos de la zona central desembocan oblicuamente a la dirección del flujo y se cierran, protegiendo así la porción de glándula que drenan^{4,5}.

La clínica de presentación de un absceso prostático es muy variada pero los síntomas más frecuentes son la fiebre y la clínica de sepsis, el síndrome miccional irritativo con polaquiuria y tenesmo vesical, y la disfunción de vaciado con disminución del calibre del chorro miccional y en algunos casos RAO. Otros síntomas menos frecuentes son la hematuria, el tenesmo rectal, el dolor hipogástrico y la secreción uretral³.

Respecto a la exploración clínica el dato más llamativo lo encontraremos en el tacto rectal, donde el signo más característico será la fluctuación de una determinada zona de la próstata^{3, 6}. Pese a ello lo más frecuente es que nos encontremos con próstatas induradas, dolorosas a la palpación o incluso normales. Collado y cols. publican una serie de 31 abscesos prostáticos en donde el signo clínico más frecuente en el tacto rectal es el dolor a la palpación, 55% de los casos, mientras que la fluctuación tan solo se encontró en el 29 % de los mismos. Ello puede ser debido a que hoy día el absceso prostático es una complicación más rara ya que se inicia más precozmente la antibioterapia, se emplean antibióticos

que penetran mejor en la próstata, y también a que se sospecha más precozmente esta enfermedad como complicación de una prostatitis aguda, lo que hace que los abscesos se palpen cuando todavía son muy pequeños y no han dado lugar a un absceso bien definido¹.

Ante la mínima sospecha está indicada la realización de una ecografía transrectal de la próstata, que se considera el método de imagen más seguro para el diagnóstico del absceso prostático⁷, siendo significativa la reducción del índice de bacteriemias relacionadas con dicha técnica por la correcta cobertura antibiótica profiláctica que se realiza. Lo más frecuente es encontrarnos con una zona anecoica o hipoecoica rodeada de un halo periférico hiperecogénico junto con una alteración de la anatomía de la glándula. Es imprescindible realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades que dan hallazgos ecográficos similares como las neoplasias, lesiones quísticas, granulomas o prostatitis agudas¹.

Otras pruebas complementarias se emplean en caso de dudas diagnósticas o cuando se sospecha la existencia de complicaciones, especialmente la TC o la RMN ya que nos van a definir con mejor claridad el estado de la glándula, mientras que otros métodos como la UIV y la cistoscopia tan solo nos ofrecen signos indirectos como elevación de la línea de base de la vejiga, irregularidades en uno o ambos lóbulos prostáticos, elongación de la uretra prostática o inflamación del área trigonal³.

El urinocultivo, aunque negativo entre el 33 y 46 % de los casos según series publicadas, es también una prueba complementaria importante a tener en cuenta ya que puede identificar al microorganismo responsable del absceso y nos permitirá conocer la sensibilidad del microorganismo a determinados antibióticos en vistas a seleccionar el más específico para su tratamiento. Con mayor frecuencia éste es *E. coli*⁵, aunque son frecuentes también los *Staphylococcus* y *Bacteroides*^{3,7}.

Dos son los grandes pilares del tratamiento de un absceso prostático, por un lado la antibioterapia y por otro el tratamiento quirúrgico. Respecto a la antibioterapia en nuestro Servicio se siguen las siguientes pautas: Ceftriaxona 1 g/12 h. asociado a Metronidazol 500 mg/8 h.,

Imipenem-cilastatina 1g/12 h., o Ciprofloxacino 400 mg/12 h. asociado a Vancomicina 1g/12 h. todos ellos de administración intravenosa durante la fase aguda. Una vez pasada la misma se continúa con Ciprofloxacino 500 mg/12 h. o Levofloxacino 500 mg/24 h. durante cuatro semanas más por vía oral⁸. Respecto al tratamiento quirúrgico éste dependerá del tamaño del absceso. Aquellos menores de 1-1,5 cm. pueden ser tratados de forma conservadora^{1,6}, mientras que abscesos de mayor tamaño requieren drenaje quirúrgico. Hoy en día la técnica de elección es el drenaje percutáneo ecodirigido ya que tiene una baja tasa de morbilidad, es una técnica relativamente sencilla y puede ser llevada a cabo con anestesia local^{1,9,10}, aunque no existe consenso respecto a la vía de abordaje si transrectal o transperineal. En caso de que el drenaje percutáneo ecodirigido falle, como fue nuestro caso, puede llevarse a cabo una incisión transuretral con cuchillete de Collins, una resección transuretral de próstata (RTU-P), o incluso un drenaje quirúrgico abierto. La incisión transuretral con cuchillete de Collins se prefiere en próstatas pequeñas y en gente joven en cuanto a que tiene un menor índice de eyaculación retrógrada, bacteriemias, estenosis uretrales e incontinencia urinaria respecto a la RTU-P^{1,3,10}. Finalmente el drenaje abierto se reserva próstatas muy grandes o desestructuradas, o cuando haya afectación extraprostática^{1,3}.

Respecto a las posibles complicaciones que podemos encontrarnos son, aunque de baja frecuencia, la ruptura espontánea del absceso a uretra, periné o recto, incontinencia urinaria, infertilidad, prostatitis crónica y sepsis, con una mortalidad entre el 1 y el 16%^{1, 3}.

CONCLUSIONES

El absceso prostático es una entidad actualmente infrecuente, sin embargo, puede poner en peligro la vida del enfermo y generar complicaciones graves. Es difícil su diagnóstico por la gran variedad de síntomas que puede producir aunque debemos sospecharlo en aquellos casos de infec-

ción urinaria o prostatitis clínicas en las que la evolución es tórpida y la respuesta a los antibióticos escasa. La clínica y el tacto rectal orientan hacia el diagnóstico, recomendando la ecografía transrectal para obtener un diagnóstico de certeza. En aquellos casos en los que fracasa el tratamiento conservador, el drenaje ecodirigido mediante punción-aspiración bajo cobertura antibiótica sería la primera opción terapéutica, quedando los drenajes endoscópicos y/o abiertos para aquellos pacientes en los que esta técnica no sea efectiva, como el caso que presentamos.

REFERENCIAS

1. Collado A, Palou J, García-Penit J, et al. Ultrasound-guided needle aspiration in prostatic abscess. *Urology* 1999; 53: 548-552.
2. Herard A, Brandt B, Colin J, et al. Prostatic abscess: what treatment to propose? *Prog Urol* 1999;4:767-771.
3. Granados EA, Riley G, Salvador J, et al. Prostatic abscess: diagnosis and treatment. *J Urol* 1992;148:80-82.
4. Jiménez Cruz JF, Broseta Rico E. Prostatitis agudas y crónicas. En: Tratado de urología. Editado por Jiménez Cruz JF y Rioja Sanz LA. Barcelona: JR PROUS, S.A. 1993;33: 525-526.
5. Simon, N.; McRae, M. D.; Linde M. Dairiki Shortlife, M. D. Infecciones bacterianas del tracto genitourinario. En *Urología general de Smith*. Editado por Emil A. Tanagho y Jack W. McAninch. México: Editorial El Manual Moderno, S. A. 2001;14:239-264.
6. Ludwig, M.; Schroeder-Printzen, I; Schiefer, H. G.; et al. Diagnosis and therapeutic management of 18 patients with prostatic abscess. *Urology* 1999;53:340-345.
7. Barozzi L, Pavlica P, Menchi I, et al. Prostatic abscess : diagnosis and treatment. *AJR* 1998;170:753-757.
8. Broseta E, Budía A, Bugués JP, et al. *Urología práctica*. Valencia: Editorial Tirant lo blanc 2002;3:71.
9. Napal S, Verdú M, Monsalve M, et al. Absceso prostático: nuevas guías diagnósticas y terapéuticas. *Actas Urol Esp* 1992;16:144-147.
10. Franco A, Menéndez V, Luque MP, et al. Absceso prostático: diagnóstico y tratamiento. *Actas Urol. Esp* 1996;20: 189-192.

Dr. M. Bosquet Sanz
Servicio de Urología
Hospital Universitario La Fe
Avda. Campanar, 21
46009 Valencia

(Trabajo recibido el 16 marzo de 2004)