Absceso Primario de vesícula seminal: Diagnóstico y tratamiento mediante ecografía transrectal

J.I. Monzó, E. Lledó García, R. Cabello Benavente, M. Moralejo Garate, J.M. Díez Cordero, C. Hernández Fernández

Servicio de Urología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid,

Actas Urol Esp 2005; 29 (5): 523-525

RESUMEN

ABSCESO PRIMARIO DE VESÍCULA SEMINAL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MEDIANTE ECOGRAFÍA TRANSRECTAL

Varón de 38 años de edad con el único antecedente de una orquidopexia bilateral hace 15 años, es diagnosticado de absceso primario de la vesícula seminal izquierda. El paciente es derivado a nuestro servicio de urgencia para valorar el hallazgo ecográfico de lo que podría ser un conducto deferente o vesícula seminal dilatada con contenido hiperecogénico en su interior, indicándose dicho estudio en el contexto de eyaculación de esperma purulento de 5 meses de evolución. El diagnóstico de absceso de vesícula seminal izquierda es confirmado a través de una ecografía transrectal y en el mismo acto se realiza drenaje del absceso con comprobación posterior del completo vaciado de todo el contenido, demorando el acto aproximadamente 15 minutos. Luego se mantuvo al paciente 12 horas en observación con antibióticos intravenosos y fue dado de alta con antibiótico-terapia oral.

Nos interesa el aporte de este caso clínico debido a lo infrecuente de la patología que nos ocupa, la sencillez y velocidad para aproximar el diagnóstico y resolver la patología.

Palabras Clave: Absceso. Vesícula Seminal. Tratamiento. Ecografía transrectal.

ABSTRACT

PRIMARY SEMINAL VESICLE ABSCESS: DIAGNOSIS AND TREATMENT BY TRANSRECTAL ULTRASOUND

A 38 years old man with the only past medical history of bilateral orchiopexy 15 years ago is diagnosed of left primary seminal vesicle abscess.

The patient is sent to our emergency service with an ultrasound finding of either dilated vas deferent or seminal vesicle abscess with hyperecogenic material inside it. The examination was performed after a 5 month history of purulent ejaculation. The diagnose of seminal vesicle abscess is confirmed by TRUS and, in the same procedure, drainage of the abscess was completed by needle-aspiration puncture. After this treatment the patient stay 12 hours at the observation room with intravenous antibiotics and is discharged home with oral antibiotics.

We are interested in this case because of the low incidence of this pathology and the easy diagnosis and treatment by TRUS.

Keywords: Abscess. Seminal vesicle. Treatment. Transrectal ultrasound.

El absceso de la vesícula seminal es la acumulación de material purulento dentro de dicho órgano. Su frecuencia de aparición es muy baja. Sus causas desencadenantes son varias y muchas veces no se encuentra relación alguna

con las que se describen en la literatura^{1,6,9,10}. La expresión clínica^{1-5,8-10} al ser tan diferente en cada caso, puede hacer que sea confundida con otras patologías infecciosas del tracto urinario y su tratamiento demorado.

CASO CLINICO

Varón de 38 años de edad, con el único antecedente de orquidopexia bilateral en 1978, que acude remitido por su médico de cabecera para valorar el hallazgo ecográfico de una imagen que podría corresponder a una vesícula seminal o conducto deferente dilatado (Fig. 1).

FIGURA 1: Ecografía abdominal mostrando una imagen compatible con dilatación de lo que podría corresponder a una vesícula seminal o conducto deferente dilatado.

Cinco meses atrás consultó por disuria, polaquiuuria y síndrome febril con molestias en ambas fosas renales y, con el diagnóstico de infección del tracto urinario, fue tratado ambulatoriamente con levofloxacino durante 10 días remitiendo el cuadro inicial. Finalizado el tratamiento antibiótico percibe su esperma mal oliente y de color grisáceo, por lo que acude al urólogo de su ambulatorio quien le indica ciprofloxacino y pide control analítico (leucocitos 14.100/ml con desviación a la izquierda) y sedimento urinario (piuria intensa con bacteriuria y 5 hematíes por campo de gran aumento). Un mes después, al continuar los síntomas, se le realiza espermocultivo que resulta positivo para *E. Coli* sensible a ciprofloxacino y repite tratamiento con el mismo. Una nueva analítica resulta normal y se pide ecografía

renal y vesical que informa: "conducto de aproximadamente 90x22mm con ecos hiperecogénicos en su interior en su porción medial, que desemboca en una zona nodular hipoeoica por detrás de la vejiga, sin desembocar en dicho órgano. Podría corresponder a un conducto deferente/eyaculador izquierdo obstruido con material en su interior". Con estos hallazgos, acude a nuestra urgencia para ser valorado, presentando un buen estado general y su examen físico anodino. Se le realiza una ecografía transrectal que muestra una marcada dilatación de la vesícula seminal izquierda, de límites bien definidos, con contenido ecogénico en su interior que sugieren la presencia de un absceso de vesícula seminal izquierda. En el mismo acto se procede a realizar drenaje transrectal de dicha colección (con aguja de Chiva de 18G, 20 cm) obteniéndose 15 cc de material purulento (Fig. 2). Permaneciendo el paciente 12 horas en observación con antibióticos intravenosos, manteniéndose afebril y en buen estado general. Fue dado de alta con ciprofloxacino vía oral durante 15 días.

En un control realizado a los dos meses, el paciente manifiesta la desaparición de la clínica y, la ecografía transrectal, confirma la desaparición del absceso sin lesión residual.

FIGURA 2: Ecografía transrectal demostrando el vaciado completo del contenido purulento de la vesícula seminal izquierda luego de la punción-aspiración del absceso.

DISCUSIÓN

El difícil acceso a la exploración manual y la clínica inespecífica que produce el absceso de las vesículas seminales, hace difícil su diagnóstico semiológico. La expresión de ésta patología, según consta en la literatura, es disuria, polaquiuria, fiebre, dolor perineal, retención de orina y defecación dolorosa^{1-5,8-10}. Nuestro paciente presentaba eyaculación de semen grisáceo y maloliente, cuyo cultivo resultó positivo para *E. Coli*. Este signo lo podríamos denominar pioesperma y lo podemos agregar al listado de síntomas y signos asociados al cuadro que nos ocupa.

Como factores predisponentes más importantes se encuentran la prostatitis aguda y crónica, asociándose también la infección urinaria, diabetes, instrumentación urológica y el cateterismo uretral. Pero en la mayoría de los casos, así como en el nuestro, no se encuentra ninguna causa relacionada^{1,6,9,10}.

En cuanto a los métodos complementarios para hacer el diagnóstico coincidimos con Saglam y otros autores³ en que la ecografía transrectal es mejor que la RMN y la TAC al permitir imágenes en tiempo real, al ser la preparación y duración del procedimiento mínimo y, por último, permitir el drenaje de la cavidad en un mismo acto.

Entre las opciones de tratamiento actuales, se ha planteado el manejo conservador^{4,5} con antibióticos en forma prolongada. El drenaje percutáneo se reserva para los casos que no respondan al tratamiento conservador. Esta actitud para nosotros es discutible debido a que el drenaje puede ser una opción de primera intención ya que alivia rápidamente la sintomatología, reduce considerablemente los días de ingreso y la duración del tratamiento antibiótico con mínimas molestias y nula morbilidad. Vallejo Herrador¹ presentan el primer caso de drenaje percutáneo transglúteo y parasacro TAC dirigido. El drenaje transuretral de un absceso bilateral de vesículas seminales se ha propuesto cuando el drenaje percutáneo ha sido inadecuado⁶. Chandra⁷, realizaron un drenaje percutáneo transperineal de un paciente con un absceso bilateral de vesículas seminales y utilizaron RM para clarificar el diagnóstico. La misma vía fue utilizada Gutiérrez². Saglam³ proponen evitar la punción transrectal en pacientes con recto normal por el riesgo de infección peritoneal. En cambio, utilizan ésta vía en dos paciente operados de cáncer de

recto con muñón rectal, recomendando la punción transperineal sobre todo cuando el absceso es bilateral y/o multiloculado debido a la posibilidad que otorga ésta vía para realizar múltiples punciones. No coincidimos con este autor debido a que mediante una sola punción y con el tratamiento antibiótico adecuado se puede solucionar el cuadro con una mínima posibilidad de producir una peritonitis. Esta descrita la posibilidad de realizar la punción transrectal solo guiándose con el tacto rectal digital cuando la masa es palpable⁸.

La vía quirúrgica es siempre la alternativa final cuando otros métodos fracasan⁹, brindando la posibilidad del abordaje directo del absceso pero agregando la comorbilidad de una cirugía abierta.

CONCLUSIÓN

Consideramos y reafirmamos a la ecografía transrectal con punción como una alternativa válida y eficaz para el diagnóstico y tratamiento del absceso de las vesículas seminales.

REFERENCIAS

1. Vallejo Herrador J, Burgos Sevilla FJ, Téllez Martínez-Fornes M, Mayayo Dehesa T, Allona Almagro A, Navío Niño S, Retamar Mancha JA: Absceso de Vesícula seminal. Revisión Clínico-terapéutica a propósito de un caso. Actas Urol. Esp. 1991; 15: 393-396.
2. Gutierrez R, Carrere W, Llopis J, Romero JA, Umberto B, Carretero P. Seminal Vesicle Abscess: Two case reports and a review of the literature. Urol. Int. 1994; 52: 45-47.
3. Saglam M, Ugurel S, Kilciler M, Tasara M, Socomunca I, Ucoz T. Transrectal ultrasound-guided transperineal and transrectal management of seminal vesicle abscesses. Europ. J. Radiol. Extra. 2003; 45, Issue 1: 20-25.
4. Nicolás Torralba JA, Bañón Pérez V, Valdevira Nadal P, López Cubillana P, Server Pastor G, Pérez Albacete M. Absceso de vesícula seminal: tratamiento conservador. Archivos Esp. Urol 2001; 54, 5: 445-446.
5. Kennelly M.J, Oesterling JE. Conservative management of seminal vesicle abscess. J.Urol 1989; 141: 1432-1433.
6. Frye K, Loughlin K. Successful transurethral drainage of bilateral seminal vesicle abscesses. J Urol. 1988;139(6):1323-4
7. Chandra I, Doringe E, Sasica K, Kunit G, Frick J: Bilateral seminal vesicle abscesses. Eur. Urol. 1991; 20: 164-166.
8. Kerbl K, Mitterhuber J, Pauer W, Zisch R. Transrectal puncture and drainage of seminal vesicle abscess. Tech Urol. 1998 Sep;4(3):169-71.
9. Kore RN, McLoughlin J, Kabala J, Sibley GN. Seminal vesicle abscess. Br J Urol. 1994 73(3):331-2.
10. Fox CW Jr, Vaccaro JA, Kiesling VJ Jr, Belville WD. Seminal vesicle abscess: the use of computerized coaxial tomography for diagnosis and therapy. J Urol. 1988;139 (2):384-5.

Dr. D. J.I. Monzó
Avenida Moratalaz 123, 6º C
28030 Madrid

(Trabajo recibido el 11 de mayo de 2004)