

# Revista Cubana de Urología

CASOS CLÍNICOS

Urología General

## Absceso prostático

*Prostatic abscess*

Jorge Luis Darias Martin, Tomas Lázaro Rodríguez Collar, Yadira Alina Barralobre Hernández,  
Lisandra Bover López

Hospital Militar, "Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

### RESUMEN

**Introducción:** El absceso prostático es un proceso infeccioso grave e infrecuente, cuyo diagnóstico y tratamiento oportunos favorecen su curación. **Objetivo:** Mostrar la secuencia clínica, imaginológica y terapéutica de un nuevo caso con absceso prostático. **Presentación del caso:** Paciente de 33 años de edad con antecedentes de estrechez total de uretra bulbar, secuela de uretritis gonocócica, que requirió de cistostomía. Asistió al cuerpo de guardia por dolor punzante perineal y anal, fiebre de 39 a 40 °C, escalofríos, prurito uretral y marcada toma del estado general. Al examen físico la cistostomía estaba permeable con orina clara, dolor a la palpación en hipogastrio y, en el tacto rectal, la próstata aumentada de tamaño grado I, dolorosa, que abombaba al recto en el lóbulo derecho, de consistencia blanda y temperatura normal. El ultrasonido transrectal reportó una imagen compleja en la zona transicional derecha, con un nivel líquido de elevada ecogenicidad de unos 6 cm<sup>3</sup> de volumen. **Conclusiones:** Debe sospecharse el absceso prostático en pacientes con obstrucción urinaria baja y derivaciones urinarias que presenten fiebre y dolor hipogástrico, anal y perineal. El ultrasonido transrectal permite obtener el diagnóstico de certeza y su drenaje efectivo lo que, asociado a la antibióticoterapia específica, favorece la recuperación del paciente.

**Palabras clave:** Próstata; estrechez uretral; obstrucción urinaria baja; infección urogenital; derivación urinaria; absceso prostático; ultrasonido transrectal; drenaje transrectal.

**Introduction:** Prostatic abscess is a serious and infrequent infectious process, whose diagnosis and timely treatment favor its cure. **Objective:** To show the clinical, imaging and therapeutic sequence of a new case with prostatic abscess. **Case presentation:** A 33-year-old patient with a history of total narrowing of the bulbar urethra, sequelae of gonococcal urethritis, which required a cystostomy. The patient attended to emergency service due to sharp perineal and anal pain, fever of 39 to 40 °C, chills, urethral pruritus and deteriorated general state. At the physical examination, the cystostomy was permeable with clear urine, pain on palpation in the hypogastrium and on rectal examination; grade I enlarged prostate, painful, bulging the rectum in the right lobe, of soft consistency and normal temperature. The transrectal ultrasound reported a complex image in the right transitional zone, with a liquid level of high echogenicity of about 6 cm<sup>3</sup> in volume. **Conclusions:** Prostatic abscess should be suspected in patients with low urinary obstruction and urinary diversions that present fever and hypogastric, anal and perineal pain. The transrectal ultrasound allows to obtain the diagnosis of certainty and its effective drainage which, associated with the specific antibiotic therapy, favors the recovery of the patient.

**Key words:** Prostate; urethral narrowing; low urinary obstruction; urogenital infection; urinary diversion; prostatic abscess; transrectal ultrasound; transrectal drainage.

## INTRODUCCIÓN

El absceso prostático (AP), que representa entre el 0,5 y el 2,5 % de todas las enfermedades de la próstata, es una complicación poco frecuente originada por la evolución desfavorable de un proceso infeccioso prostático, donde predominan las enterobacterias como la *Escherichia Coli*. Se debe sospechar en pacientes inmunodeprimidos, diabéticos, con obstrucciones urinarias bajas e instrumentaciones del tracto urinario inferior, que presenten síntomas urinarios bajos de origen infeccioso que, a pesar del tratamiento con antibióticos, presentan una evolución desfavorable.<sup>1</sup>

Sus síntomas más comunes son: disuria, polaquiuria, urgencia miccional, trastornos del chorro que pueden llegar a la retención completa de orina, fiebre, dolor suprapúbico y perineal. Al examen físico el tacto rectal muestra una próstata aumentada de volumen, dolorosa y

fluctuante, que puede o no estar caliente al tacto.<sup>1,2</sup> El ultrasonido transrectal (USTR) es el estudio imaginológico de elección. La imagen típica es una lesión hipoecoica de variado tamaño, ubicada en la zona transicional o central con un halo hiperecoico que distorsiona la anatomía de la glándula, y aumento de la vascularización perilesional con el efecto Doppler. El tratamiento consiste en el drenaje por vía transrectal, transuretral o perineal más la antibioterapia específica, según el resultado del cultivo del pus extraído.<sup>2,3</sup>

El objetivo de este trabajo es presentar un nuevo caso de AP, sus características clínicas y la secuencia diagnóstica terapéutica adoptada.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 33 años de edad con antecedentes de uretritis gonocócica a los 16 años. Cinco años después de la misma se le diagnosticó estrechez única en uretra bulbar, requiriendo de uretrotomía interna y dilataciones periódicas.

No mejoró los síntomas obstructivos urinarios bajos, llegando a la retención completa de orina, por lo que fue necesario realizarle cistostomía. En la consulta externa se le indicó uretrocistografía retrógrada y a través de la sonda de cistostomía, confirmándose estrechez total de la uretra bulbar de unos 2 cm de longitud. Se discutió en el colectivo médico acordándose que era tributario de uretroplastia con mucosa oral.

A los dos meses de realizada la cistostomía acudió al cuerpo de guardia por presentar dolor punzante en hipogastrio, perineo y ano, fiebre de 39° a 40° C con escalofríos, disuria, sensación de prurito uretral y marcada toma del estado general, de tres días de evolución. En el examen físico la cistostomía estaba permeable con orina clara, se constató dolor a la palpación en hipogastrio y, en el tacto rectal, la próstata estaba aumentada de tamaño grado I, dolorosa, abombada en el lóbulo derecho, de consistencia blanda y temperatura rectal normal. Se decidió ingresar al paciente de urgencia por la sospecha clínica de AP, y con tratamiento de triple terapia antibiótica parenteral (amikacina, ceftriaxona y metronidazol).

Exámenes complementarios del laboratorio realizados al ingreso:

1. Hemograma completo:
  - a. Hemoglobina: 14,1 g/L.
  - b. Leucograma: 18 x 10<sup>9</sup> /L. Neutrófilos: 91 %, Linfocitos: 9 %.
2. Eritrosedimentación: 75 mm/h.
3. TGO: 27 U/L.

4. TGP: 37 U/L.
5. Glicemia: 4,21 mmol/L.
6. Creatinina: 89,3 μmol/L.
7. Colesterol: 4,71 mmol/L.
8. Triglicéridos: 1,88 mmol/L.
9. Ácido úrico: 299 μmol/L.
10. Fosfatasa alcalina: 203 U/L.
11. Proteínas totales: 76,2 g/L.
12. Albúmina: 51 g/L.
13. Coagulograma completo: Normal.
14. Parcial de orina: Leucocitos incontables.
15. Urocultivo: *Escherichia coli*.

El USTR reportó una imagen compleja que se proyectaba hacia la zona transicional derecha, que abombaba la cápsula, de contornos irregulares y con un nivel líquido en su interior, de ecogenicidad aumentada y un volumen aproximado de 6 cm<sup>3</sup> ([fig. 1A](#)). Al aplicar el efecto Doppler se evidenció aumento de la vascularización en la periferia de la lesión ([fig. 1B](#)).

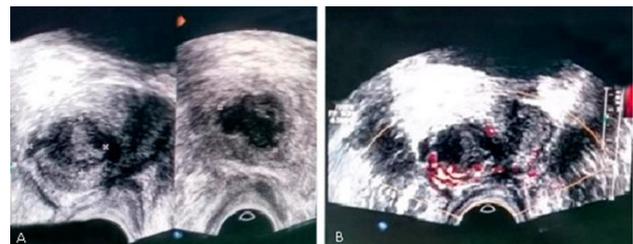


Fig. 1. Imágenes del USTR. En A se observa el AP en el lóbulo derecho. En B, con el efecto Doppler, aumento de la vascularización periférica perilesional.

Con los elementos encontrados al interrogatorio, el examen físico y los estudios de laboratorio e imaginológicos, se planteó como diagnóstico el AP. Se decidió realizar la punción y aspiración del mismo por vía transrectal y bajo

visión ecográfica, para lo cual se empleó un transductor transrectal de 7,5 Hz incluido en un equipo de ultrasonido multipropósito marca Philips®, así como una aguja de punción de calibre 18G y de 20 cm de longitud, que se deslizó a través del canal de trabajo del referido transductor. Dicha aguja se acopló a una



Fig. 2. Drenaje por punción ecodirigido, vía transrectal, donde se aprecia el material purulento proveniente del AP.

jeringuilla plástica de 10 mL para realizar la aspiración del contenido del absceso. El procedimiento transcurrió sin complicaciones. Fueron extraídos unos 5 mL de contenido purulento, muestra que se remitió al laboratorio para cultivo y antibiograma (fig. 2).

El día posterior al drenaje del AP, desaparecieron la fiebre y el dolor referidos por el paciente, se presentó una mejoría notable de su estado general. A los tres días de la punción el leucograma se normalizó.

El informe del cultivo del pus fue *Klebsiella pneumoniae* sensible, entre otros antibióticos, a ciprofloxacino y norfloxacino. Por tal motivo se sustituyó la terapéutica antibiótica que llevaba hasta ese momento, por ciprofloxacino vía endovenosa (200 mg cada 12 horas), hasta completar 14 días de tratamiento. Al egreso se

le indicó norfloxacino (400mg) a razón de 1 tableta cada 12 horas por 6 semanas.

Al mes de la punción asistió a la consulta externa totalmente asintomático, constatándose además su buen estado general. En el USTR evolutivo realizado se informó: Micro calcificaciones hacia la zona periférica derecha que contactan con la capsula quirúrgica, en relación con el sitio donde se encontraba el absceso, las cuales guardan relación con la reabsorción del mismo (fig. 3).

Al momento de enviar este reporte, el paciente convalecía de la uretroplastia bulbar con mucosa oral, intervención de la cual ha presentado una evolución satisfactoria.

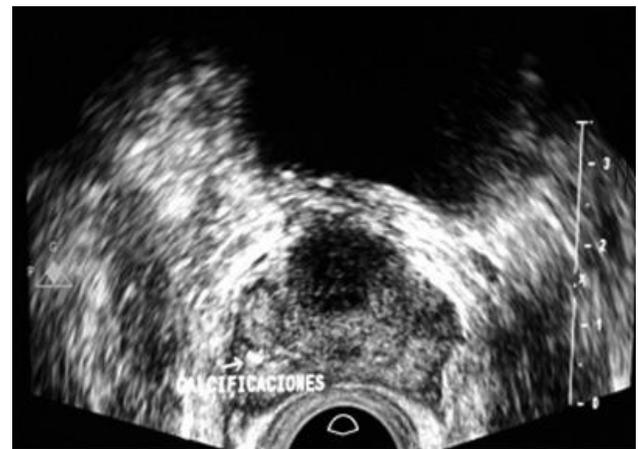


Fig. 3. Vista del USTR, al mes del drenaje, donde aparecen imágenes de calcificaciones en el sitio del antiguo absceso.

## DISCUSIÓN

El AP es una entidad poco frecuente en nuestros días debido al diagnóstico precoz de las enfermedades prostáticas, y al amplio empleo de los antibióticos. En la actualidad se estima que solo entre el 0,5 y el 2,5 % de los padecimientos urológicos, se corresponden al AP. Es más frecuente entre la quinta y la sexta décadas de la vida, y presenta una mortalidad de un 30 %.<sup>1</sup> Son causados en un 60 % a 80 % por

gérmenes Gran negativos; la klebsiella pneumoniae representa únicamente el 2,4 %, <sup>4</sup> coincidiendo con el germen encontrado en el caso de este artículo. No obstante llama la atención, como en la orina obtenida a través de la sonda de cistostomía, se aisló *Escherichia coli*. Los autores consideran que esta duplicidad de gérmenes se debió a la existencia de la sonda de cistostomía, lo que al implicar frecuentes favorece la infección urogenital poli microbiana.

La principal vía para la infección prostática es la ascendente, por reflujo de orina desde la uretra hacia los acinos prostáticos, formándose múltiples micro abscesos que al coalescer forman abscesos mayores. Los principales factores de riesgo para que se desencadene esta entidad son: diabetes mellitus, obstrucciones urinarias bajas, prostatitis aguda, prostatitis crónica bacteriana, cistostomía con sonda, cateterismo uretral, inmunodeficiencias, cirrosis hepática e insuficiencia renal. <sup>3,4</sup> El paciente de este trabajo presentaba una estrechez uretral bulbar que llegó a ser total, por lo que precisó de cistostomía. Esta afección causó obstrucción urinaria baja, acompañada de esfuerzo miccional y orina residual, todo lo cual favoreció la infección urinaria y, por contigüidad, infección de la uretra prostática que evolucionó a la formación del AP.

Las manifestaciones clínicas del AP pueden ser similares a las de otras enfermedades del tracto urinario inferior, lo cual dificulta en ocasiones su diagnóstico precoz; sin embargo, la evolución desfavorable de una infección urinaria baja, a pesar de un tratamiento antibiótico adecuado, se asocia a los factores de riesgo arriba mencionados, y las características del tacto

rectal nos permiten sospechar del diagnóstico clínico. El cuadro típico se caracteriza por dolor suprapúbico y perineal, disuria, urgencia miccional, retención urinaria, dificultad miccional, fiebre elevada y escalofríos. En el examen físico lo más significativo es el tacto rectal que revela un área fluctuante, la cual puede estar abombada, caliente y dolorosa. <sup>2,3</sup> El caso de esta investigación presentaba la mayoría de los síntomas y signos antes relatados, además de la presencia de la sonda de cistostomía como factor de riesgo incorporado, por lo que coincide con los autores consultados.

En la evolución del AP pueden presentarse complicaciones con una elevada morbimortalidad, las cuales se relacionan con un diagnóstico tardío y tratamiento incorrecto. Dentro de estas se encuentra la ruptura del AP con drenaje del material purulento a los tejidos pélvicos adyacentes, hacia la uretra y, con menor frecuencia, a la cavidad peritoneal. Pueden originarse abscesos isquioresales, fistulas recto-prostáticas, recto-uretrales y hasta ruptura de la uretra posterior. La diseminación hematogena de émbolos sépticos a otros órganos como pulmón y meninges, se han reportado a pesar de no ser una complicación frecuente. <sup>4,5</sup> El paciente que se describe no presentó complicaciones debido a que se sospechó clínicamente desde un inicio el AP, y se empleó la secuencia diagnóstica encaminada a su confirmación clínica e imagenológica, facilitando así el tratamiento oportuno mediante el drenaje transrectal y antibióticos.

El ultrasonido transrectal es el estudio diagnóstico de imagen de elección para certificar la existencia del AP. En el mismo se describe con

frecuencia una lesión hipocóica de tamaño variado, con ecos internos en su interior, localizada en la zona transicional o central con un halo hiperecogénico que distorsiona la anatomía de la glándula. Al aplicar el efecto Doppler se detecta la existencia de vascularización perilesional aumentada.<sup>6,7</sup> Los hallazgos ultrasonográficos antes descritos, estuvieron presentes en el caso que se relata en este artículo, por lo que concuerda con lo planteado por los autores revisados al respecto.

El tratamiento del absceso prostático incluye el drenaje del mismo con toma de muestra del contenido purulento para cultivo, obteniéndose con frecuencia un germen diferente al encontrado en el cultivo de orina, como sucedió con este paciente. Las vías de abordaje para el drenaje que se han descrito son la transperineal, transuretral, transrectal y la vía abierta. En este caso al tratarse de un absceso único y localizado hacia la periferia de la glándula, se utilizó la vía transrectal, la cual resultó efectiva para la evacuación del contenido del absceso.

La antibióticoterapia es fundamental para complementar el procedimiento extractivo del pus, sobre todo siguiendo el resultado del cultivo y del antibiograma del material obtenido en la punción. Así, la administración de antibióticos por vía parenteral, que permitan alcanzar altas concentraciones en suero, buena difusión en el tejido prostático (liposoluble, baja unión proteica y escasa disociación iónica) y de acción bactericida para gérmenes Gram negativos, se consideran los de elección para los pacientes con AP. Todo lo anterior tiene que ser complementado con la derivación del flujo urinario del tracto urinario inferior, teniendo en

cuenta que existe inflamación a nivel de la uretra prostática y esto conspira, sobremanera, con la urodinamia normal impidiendo la correcta evacuación de la orina.<sup>8,9</sup> En el caso de este reporte se comenzó tratamiento con tres antibióticos parenterales, dado el cuadro infeccioso sobreagudo que presentaba el paciente en el momento del ingreso. No obstante, una vez obtenido el informe del antibiograma se sustituyeron aquellos, por uno a los que el germen era sensible (ciprofloxacino vía parenteral), y que, a la postre, demostró ser muy efectivo para la curación definitiva del paciente. Luego, al egreso hospitalario, se le mantuvo tratamiento oral con otra quinolona también sensible (norfloxacino), durante seis semanas, como recomiendan los autores consultados.

En conclusión, debe sospecharse el AP en pacientes con obstrucción urinaria baja y derivaciones urinarias, que presenten fiebre y dolor hipogástrico, anal y perineal. La ecografía transrectal permite obtener el diagnóstico de certeza y su drenaje efectivo, lo que asociado a la antibióticoterapia específica, favorece la recuperación del paciente.

#### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Dell'Atti L. A new ultrasound and clinical classification for management of prostatic abscess. Arch Ital Urol Androl. 2015 [cited 2017 Nov 15];87(3). Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26428650>

2. Carroll DE, Marr I, G Khai LH, Holt DC, C Tong SY, Boutlis CS. Staphylococcus aureus Prostatic abscess: a clinical case report and review of the literature. BMC Infec Dis. 2017 [cited 2017 Nov 15];17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5521102/>

3. Porfyrus O, Paraskevas K. Prostatic abscess: Case report and review of the literature. Arch Ital Urol Androl. 2013 [cited 2017 Nov 15];85(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24085239>

4. Liu JW, Lin TC, Chang YT, Tsai CA, Hu SY. Prostatic abscess of Klebsiella pneumoniae complicating septic pulmonary emboli and meningitis: A case report and brief review. Asian Pac J Trop Med. 2017 [cited 2017 Nov 15];10(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28107857>

5. Kam J, Yuminaga Y, Beattie K, Winter M. Rare case of a masive staphylococcal prostatic abscess presenting as an ischio- rectal abscess: Images for surgeons. ANZ J Surg. 2017 [cited 2017 Nov 15]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/318732555\\_Rare\\_case\\_of\\_a\\_massive\\_staphylococcal\\_prostatic\\_abscess\\_presenting\\_as\\_an\\_ischio-rectal\\_abscess\\_Images\\_for\\_surgeons](https://www.researchgate.net/publication/318732555_Rare_case_of_a_massive_staphylococcal_prostatic_abscess_presenting_as_an_ischio-rectal_abscess_Images_for_surgeons)

6. Fabiani A, Filosa A, Maurelli V, Fioretti F, Servi L, Piergallina M, et al. Diagnostic and therapeutic utility of transrectal ultrasound in urological

office prostatic abscess management: A short report from a single urologic center. Arch Ital Urol Androl. 2014 [cited 2017 Nov 15];86(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25641468>

7. Flores DM, Murray KS, Griebing TL, Broghammer JA. Transrectal ultrasound guided needle aspiration of a prostatic abscess: Salvage treatment after failed transurethral resection. Urol Case Rep. 2015 [cited 2017 Nov 15];3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4672651/>

8. [Choudhry M](#), [Pellino G](#), [Simillis C](#), [Qiu S](#), Kontovounisios C. Prostatic abscesses . A case report and review of the literatura on current treatment approaches. Cent Eur J Urol. 2017 [cited 2017 Nov 15];70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5407335/>

9. Elwagdy S, Abdelkhalek M, El- Khesheh A, Aun AA, Mostafa A. Role of transrectal sectional sonography (TRSS) in management of prostatic abscesses. Urol Ann. 2015 [cited 2017 Nov 15];7(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4518370/>

**Recibido:** 12/12/2017.

**Aprobado:** 20/01/2018.

Jorge Luis Darias Martin. Hospital Militar, "Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

**Correo electrónico:** [dariasml@infomed.sld.cu](mailto:dariasml@infomed.sld.cu)