

Diagnóstico imagenológico de abscesos prostáticos múltiples

Imaging diagnosis of multiple prostatic abscess

Tomás Lázaro Rodríguez Collar^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3769-5024>

Belkis Ortega de la Campa¹ <https://orcid.org/0000-0001-8861-0003>

Roxana Soranyer Horroutinel Scull¹ <https://orcid.org/0000-0002-9276-1282>

Damián Valladares Reyes¹ <https://orcid.org/0000-0002-5635-8082>

¹Hospital Militar “Dr. Carlos J. Finlay”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: tomasrc@infomed.sld.cu

Recibido: 20/04/2022, Aceptado: 10/05/2022

Exposición del caso

Paciente de 40 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus tipo I. Asistió al cuerpo de guardia del Hospital Militar “Dr. Carlos J. Finlay” por presentar astenia, escalofríos y ligera disuria, y fue valorado por Medicina Interna.

Sus niveles de glicemia se encontraban en 12,3 mmol/L, y existían abundantes leucocitos y bacterias en el examen de la orina. Se le indicó tratamiento para infección urinaria con ciprofloxacino (250 mg), dos tabletas cada 12 horas durante 10 días, y aumentar la ingestión de agua.

Al tercer día con el tratamiento, presentó fiebre de 39⁰ C, molestias en hipogastrio y perineo, disminución del calibre del chorro de la orina, esfuerzo miccional y tenesmo rectal. Al quinto día orinaba gota a gota y el dolor perineal aumentó, por lo que retornó al cuerpo de guardia. Esta vez le asistió el urólogo, quien sospechó prostatitis aguda bacteriana.

En el examen físico, los genitales eran normales y el perineo estaba abombado, eritematoso y muy doloroso. En el tacto rectal, la próstata aumentada de tamaño, grado II, con protrusión hacia la luz del

recto, lisa, fluctuante y muy dolorosa. Ante estos hallazgos, se pensó en un absceso prostático (AP) con extensión extraprostática y se indicaron estudios para su confirmación.

En ese momento la glicemia estaba en 22,9 mmol/L; la creatinina, en 80,4 $\mu\text{mol/L}$; hemoglobina, en 14,6 g/L; leucocitosis de $19 \times 10^9/\text{L}$ y el diferencial: neutrófilos 82 %, linfocitos 15 % y 3 % de eosinófilos. El ultrasonido abdominal no reportó alteraciones en el hemiabdomen superior. Vejiga llena, con elementos en suspensión. Próstata muy heterogénea y volumen de 82 cc.

Para descartar un AP con infiltración perineal, se realizó tomografía abdominopélvica simple, en un tomógrafo Philips Brilliance[®] de 16 cortes, con vistas a 3 mm. El plano axial mostró una próstata aumentada de tamaño, heterogénea, con múltiples áreas hipodensas y multiloculadas en ambos lóbulos, y engrosamiento del músculo elevador derecho del ano y de la pared del recto (fig. 1).

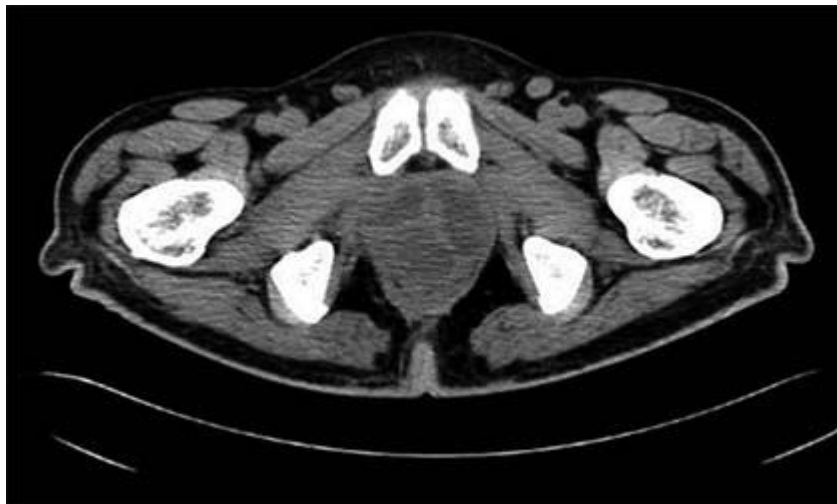


Fig. 1 - Vista axial de la tomografía abdominopélvica, que muestra los abscesos prostáticos.

Para confirmar la localización exacta de las colecciones intraprostáticas, se hizo resonancia magnética nuclear abdominal, con un resonador Mindray[®] de 0,36 T. Evidenció la próstata aumentada de tamaño, con áreas hiperintensas en secuencias T2, en ambos lóbulos prostáticos, con varios tabiques y lóculos que englobaban la uretra. La cápsula impresionaba conservada, sin embargo, existía heterogeneidad de la grasa periprostática, asociada al engrosamiento del músculo elevador derecho del ano y de las paredes del recto, de aspecto inflamatorio (fig. 2).

Se ingresó al paciente y se le administró la primera dosis de antibióticos endovenosos con ceftriaxona (1 g), amikacina (500 mg) y metronidazol (500 mg), además de colocarle sonda uretrovesical Foley 16 Fr. Se realizó ultrasonido transrectal con transductor de 7,5 Hz, del equipo multipropósito Philips[®]. Se corroboró una próstata de 89,9 cc de volumen, heterogénea, con predominio de áreas hipoecogénicas mal definidas, en planos transversal y longitudinal, con ecos internos que fluctuaban a la presión del transductor (fig. 3). A través del canal de trabajo, se pasó una aguja calibre 18 G, de 20 cm de longitud.

Se aspiraron unos 12 cc de pus amarillo claro, cuyo estudio microbiológico resultó positivo a *Staphylococcus aureus* coagulasa positiva.

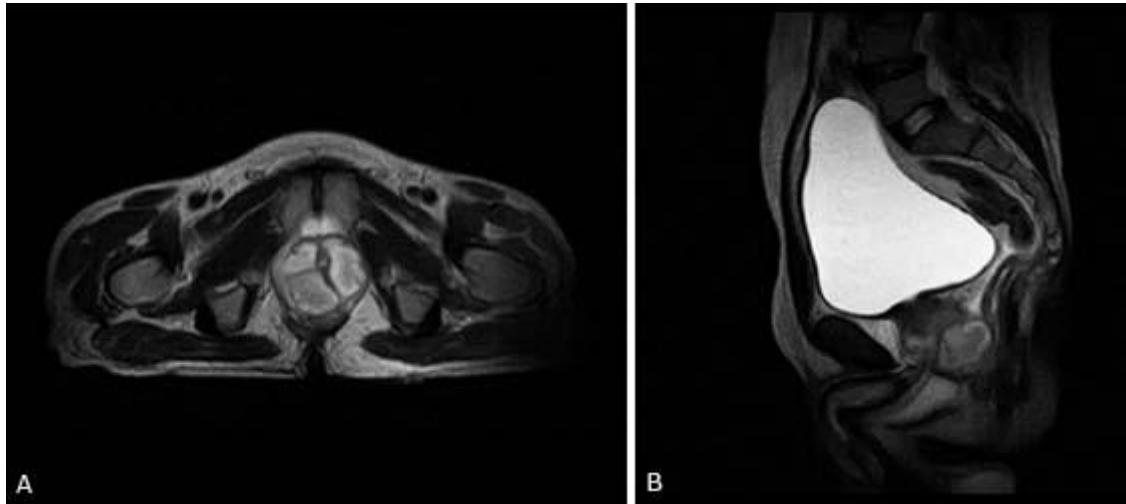


Fig. 2 - Resonancia magnética nuclear. Corte axial (A) y sagital (B), que revelan los abscesos prostáticos.

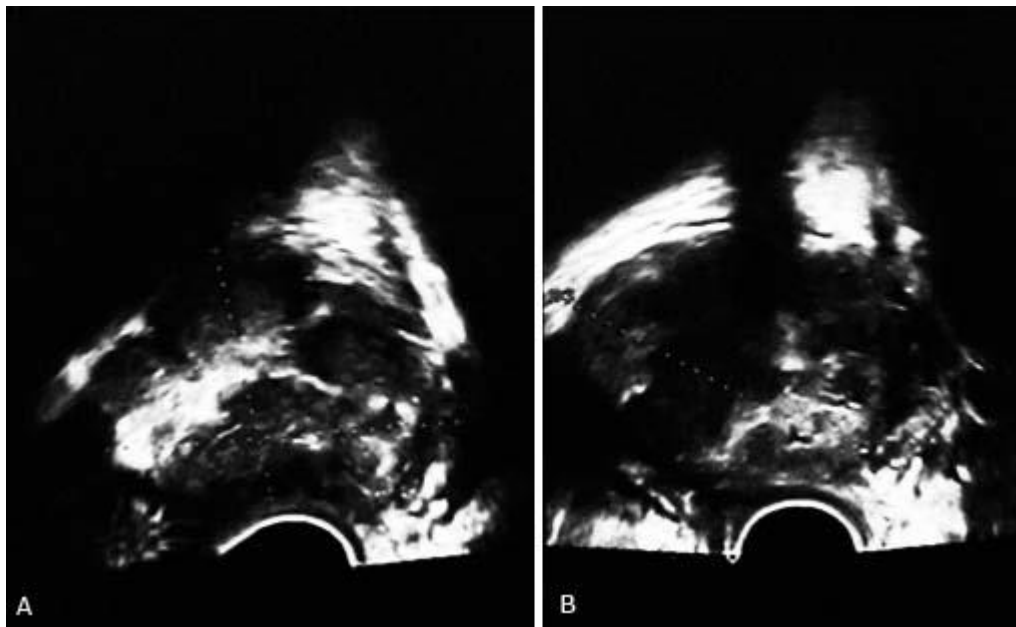


Fig. 3 - Abscesos prostáticos en planos transversal y longitudinal del ultrasonido transrectal.

El paciente permaneció con tratamiento antibiótico endovenoso durante diez días. Evolucionó favorablemente. La fiebre desapareció al segundo día y el dolor perineal al quinto. Al décimo día se le retiró la sonda uretral y orinó sin dificultades. En el momento del alta hospitalaria, se indicó tratamiento

oral a base de fosfomicina 500 mg, cada 8 horas, por 21 días. Al término de esta terapéutica, asistió a consulta externa; se encontraba asintomático, con glicemia normal y urocultivo negativo.

Comentario

El AP es infrecuente, apenas representa entre el 0,5 y el 2,5 % de todas las afecciones prostáticas. Es común en pacientes con inmunidad comprometida, diabéticos –como el caso de este reporte–, con obstrucciones de la vía urinaria baja y en los que se realizan instrumentaciones del tracto urinario inferior.⁽¹⁾ La mayoría de las veces se produce por *Escherichia coli*,^(1,2) a diferencia de este caso, en el cual se aisló *Staphylococcus aureus*, coagulasa positiva.

Los síntomas más comunes del AP son disuria, polaquiuria, urgencia miccional, diverso grado de dificultad para orinar que puede llegar a la retención completa de orina, fiebre elevada, escalofríos, dolor suprapúbico y perineal. En el tacto rectal, la próstata se encuentra aumentada de tamaño, muy dolorosa y fluctuante.^(1,2) Estas características clínicas estaban presentes en el paciente descrito.

El ultrasonido transrectal es el estudio de elección para corroborar el AP y una guía útil para puncionarlo. En él se describen una o varias lesiones hipoeoicas, con ecos internos, situadas preferentemente en las zonas transicional o central. Tales elementos fueron hallados en este paciente, por lo que coincide con lo referido por otros autores.^(1,2)

Se ha planteado que el uso de la tomografía computarizada multicorte se reserva para aquellos pacientes en los que se sospecha la extensión extraprostática del absceso, sobre todo a la fosa isquiorrectal y al perineo.⁽²⁾ Ese fue el motivo de su indicación en el caso descrito, dados los marcados signos flogísticos que presentaba en el perineo.

Según Peña y Patiño,⁽²⁾ la resonancia magnética nuclear tiene la ventaja de permitir observar la distribución espacial de los AP en todas sus zonas, además de apreciar, con mayor precisión, su extensión local y número. Típicamente los AP se describen como lesiones hipointensas en secuencias T1 e hiperintensas en T2. Similar particularidad tenía el paciente de esta investigación.

Referencias bibliográficas

1. Darias Martín JL, Rodríguez Collar TL, Barallobre Hernández YA, Bover López L. Absceso prostático. Rev Cubana Urol. 2018 [acceso 07/03/2022];7(2):117-23. Disponible en: <http://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/501>
2. Peña PA, Patiño G. Absceso prostático: revisión de la literatura. Univ Med 2019 [acceso 07/03/2022];60(2):51-7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=ici_arttext&pid=2011-08392019000200051&lng=en

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.