

ABSCESO PROSTÁTICO: COMPLICACIÓN INFRECUENTE

Martínez DE, García Fernández M, Galarza HM, Meyer Freudenberg A
Servicio de Diagnóstico y Terapéutica por Imágenes Hospital Italiano de La Plata, Bs As, Argentina
Email: dalmaemartinez@gmail.com
Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Presentación de caso

Paciente masculino de 57 años, con antecedentes de leucemia linfoblástica aguda y de infección urinaria baja complicada, con alta médica hace 15 días.

Consultó por síndrome febril de cuatro días de evolución. Se realizó ecografía renal y prostática endorrectal (ER).

Hallazgos imagenológicos

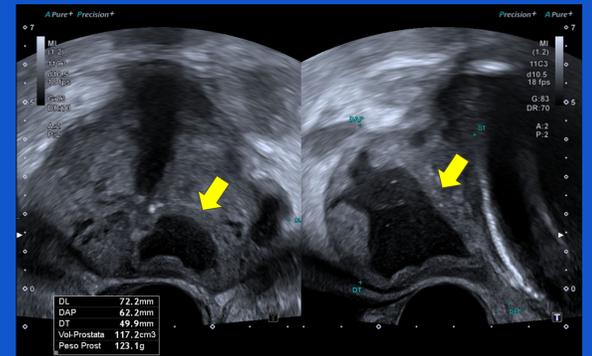
Ecografía renal: sin particularidades.

Ecografía ER: se observa próstata aumentada de tamaño, evidenciando imagen hipoeoica de contornos definidos y finos ecos internos (flecha), de 35 x 23 mm, interpretado como absceso prostático.



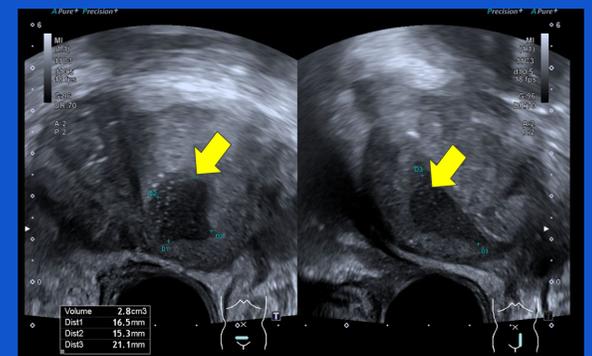
Ecografía endorrectal post drenaje

Se procedió a su drenaje percutáneo ecoguiado, sin evidencia de colección en el control posterior al mismo



Ecografía endorrectal

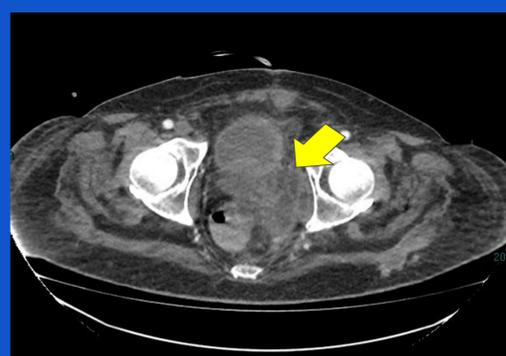
Al mes reconsultó con igual sintomatología. Se repitió ecografía ER visualizándose recidiva del absceso (flecha), por lo que se sugirió correlacionar con TC de abdomen y pelvis.



Ecografía endorrectal



TC de abdomen y pelvis sin contraste EV



TC de abdomen y pelvis con contraste EV

Se identificó en fosa isquiorrectal izquierda área heterogénea, predominantemente hipodensa, con realce periférico tras la administración de contraste, de 79 x 39 mm, compatible con colección abscedada multitabcada extraprostática (flecha).

Finalmente se realizó cirugía programada con drenaje percutáneo de colección isquiorrectal ecoguiada y adenomectomía.

Discusión

Los abscesos próstáticos son raros y se asocian a prostatitis, diabetes (DBT), inmunodepresión, en pacientes en hemodiálisis o portadores de sonda urinaria permanente. La clínica es inespecífica, pudiendo presentar fiebre, disuria y dolor perineal o suprapúbico.

El agente causal más frecuente es *E. coli*, aunque también puede ser ocasionado por *Staphilococcus* y *Bacteroides*.

Como principales complicaciones se destacan: ruptura espontánea del absceso, incontinencia urinaria, infertilidad, prostatitis crónica y sepsis (con una mortalidad entre el 1 y el 16%).

El tratamiento dependerá del tamaño del absceso:

- < 1-1,5 cm: pueden ser tratados de forma conservadora
- > tamaño: el tratamiento de elección es el drenaje percutáneo ecoguiado transrectal o transperineal.

Conclusión

El absceso prostático es una patología infrecuente, que puede poner en peligro la vida del paciente y generar complicaciones. Su clínica es inespecífica, por lo que debe sospecharse en pacientes con infección urinaria, DBT, inmunocompromiso o prostatitis con evolución desfavorable y respuesta parcial a los antibióticos.

Para el diagnóstico inicial es de utilidad la ecografía transrectal.

En los casos donde las terapias conservadoras no sean efectivas o se identifique extensión extra prostática, es mandatorio su drenaje percutáneo ecoguiado o a cielo abierto.