

Abscesos prostáticos y manejo con resección transuretral de próstata

Prostatic Abscesses and Prostate Management with Transurethral Resection

W. Bacaret¹ A. Puentes¹ S. Rodríguez¹ H. Corredor¹ C. Capera¹ W. Donoso¹

¹ Departamento de Urología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Urol Colomb

Address for correspondence Walter Bacaret, Residente de Urología, Departamento de Urología, Universidad Nacional de Colombia, Cra 59bbis #128b 07 Bloque 4 Apto 101, Bogotá, Colombia (e-mail: bacaret666@hotmail.com).

Resumen

Palabras Clave

- ▶ absceso prostático
- ▶ tratamiento
- ▶ resección transuretral de próstata

Abstract

Keywords

- ▶ prostate abscess
- ▶ treatment
- ▶ transurethral resection of prostate

Los abscesos prostáticos son una rara entidad que se presenta en pacientes con factores predisponentes. En este estudio se revisará el conocimiento actual acerca de esa patología y se presentará una serie de 6 casos, en que se analizan los factores de riesgo, características de cada paciente y los resultados del manejo con resección transuretral, como terapéutica basada en la actual evidencia.

Prostatic abscesses are a rare entity that occurs in patients with predisposing factors, in this study we will review the current knowledge about this pathology and present a series of 6 cases, in which we analyze the risk factors, characteristics of each Patient and the results of management with transurethral resection as therapeutic based on current evidence.

Introducción

El absceso prostático es una entidad poco prevalente que se presenta entre la quinta y sexta década de la vida como consecuencia de la infección prostática. La incidencia es 0,5% de todas las enfermedades prostáticas.¹ La mayoría ocurre en pacientes con factores predisponentes como el uso de sonda uretral a permanencia, retención crónica de orina, prostatitis crónica o inmunodeficiencias.² Se ha reportado la presencia de absceso prostático secundario a biopsia transrectal de próstata la cual tiene incidencia muy baja. Es una patología seria en la que el retraso en su diagnóstico puede producir sepsis secundaria, ruptura del absceso y drenaje a la fosa isquiorrectal, choque séptico y muerte.³

Los signos y síntomas del absceso prostático incluyen: retención urinaria aguda, fiebre, disuria, frecuencia, dolor

perineal, hematuria, secreción uretral o dolor lumbar, y los hallazgos clásicos al examen físico rectal son: sensibilidad y masa renitente. La prueba de oro para el diagnóstico de esa enfermedad es la ultrasonografía transrectal de próstata, son útiles para evaluar extensión prostática y otros posibles focos la tomografía y la resonancia magnética. Los más comunes agentes etiológicos son la *Escherichia coli* y *Staphylococcus aureus*,^{2,3} se han reportado casos de infecciones fúngicas por *Candida* sp y en el pasado, durante la era preantibiótica, se tenía como uno de los agentes etiológicos principales *Neisseria gonorrhoeae*.

Se ha identificado una variante poco frecuente de la enfermedad conocida como absceso prostático enfisematoso, descrita por primera vez por Mariani y colaboradores en 1983, la cual se define y diagnostica con estudios imagenológicos. Las infecciones urinarias formadoras de gas son altamente mortales, con tasas de letalidad entre el 70% y el 90%, que

received
February 2, 2018
accepted
March 25, 2018

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0038-1648239>.
ISSN 0120-789X.
eISSN 2027-0119.

Copyright © Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Thieme Revinter Publicações Ltda., Rio de Janeiro, Brazil. Todos los derechos reservados.

License terms



para el caso específico del absceso prostático enfisematoso llega hasta un 25%.⁴

El tratamiento consiste en administrar antibióticos en altas dosis y el drenaje del absceso, el cual puede ser punción perineal, resección transuretral o aspiración con aguja guiada por ecografía transrectal. Algunas series de casos y estudios comparativos reportan su experiencia con una u otra técnica mostrando sus riesgos y beneficios, siendo en general la mejor opción, la resección transuretral, mostrando una disminución en las tasas de recurrencia, días de estancia hospitalaria y mortalidad.^{5,6}

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo durante los años 2015 a 2016, recolectando la experiencia en el manejo de abscesos prostáticos mediante la técnica de resección transuretral de próstata (RTU) por el servicio de urología de 2 hospitales de III nivel en la ciudad de Bogotá, los procedimientos fueron realizados mediante la misma técnica de resección transuretral clásica de Mauermeyer, con un resectoscopio calibre 26 Fr, irrigando con Glicina 1,5%, corriente monopolar entre 60 y 80 W tanto para corte como para coagulación. Posteriormente, todos los pacientes se mantuvieron con irrigación de 12 a 36 horas y sonda uretral de calibre 22 Fr de 3 vías por 1 semana. El diagnóstico de absceso prostático se confirmó en todos los casos mediante tomografía de abdomen contrastado (►Figs. 1 y 2).

Resultados

Se evaluaron los casos de 6 hombres entre los años 2015 y 2017 en dos hospitales de III y IV nivel en la ciudad de Bogotá, quienes se interconsultaron al servicio de urología con el diagnóstico de absceso prostático visualizado en TAC de abdomen contrastado o ecografía de vías urinarias, con un promedio de edad de 57 años (40–78 años), a quienes se les realizó drenaje del absceso mediante la técnica de resección transuretral de próstata, con el objeto de llevar a cabo un destechamiento y drenaje de la colección como se describe en materiales y métodos.

Se encontró un promedio de días de estancia hospitalaria de 28,5 días (8–73 días) y un promedio de hospitalización de 11,4

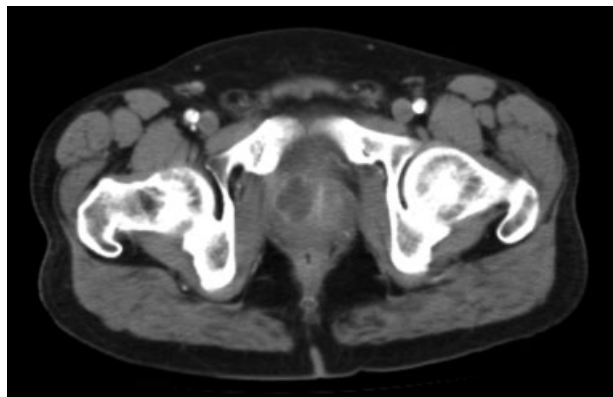


Fig. 1 Absceso prostático visualizado en corte axial.

días (3–34). Posterior a la cirugía, se aisló germen en hemocultivos y urocultivo en el 83% (% pacientes) de los casos, con el objetivo de dirigir la terapia antibiótica, la cual fue en su mayor parte, carbapenémicos dada la naturaleza de la resistencia de las bacterias encontradas. No se encontró en ninguno de los casos, infecciones por hongos ni otro tipo de microorganismos. Cabe resaltar, que el diagnóstico de absceso se realizó en su mayoría por descarte en pacientes con foco séptico persistente no claro, en quienes se realizó TAC de abdomen y pelvis contrastado en busca de focos ocultos.

El 50% de los pacientes eran usuarios de sonda a permanencia por patología obstructiva prostática ya sea maligna o benigna, en todos los casos, se observa que los pacientes cursan con patologías de base que comprometen su estado nutricional e inmunológico lo que los hace susceptibles de infecciones en sitios no comunes. Se logró una tasa de curación del 100% con esa técnica de drenaje, sin ninguna complicación Intra o post operatoria.

Discusión

En el estudio de Jang y col., se evalúan 52 pacientes en un periodo de 10 años, diagnosticados con tomografía de abdomen con un promedio de edad de 61 años. Once pacientes fueron manejados de manera conservadora, 23 con RTU de próstata y 18 con drenaje con aguja guiado por ecografía trans-rectal. Cuatro pacientes de los manejados con drenaje con aguja, presentaron recurrencia y 2 pacientes manejados de manera conservadora murieron. En nuestro trabajo, se realizó una única técnica de drenaje de absceso, logrando una tasa del 100% de éxito, sin recurrencias ni muertes. Tampoco se observaron complicaciones secundarias al manejo realizado.

En general, fue un procedimiento bien tolerado que en algunos casos se realizó con el paciente inestable hemodinámicamente, que fue interconsultado durante su estancia en la unidad de cuidado intensivo, y luego de numerosos estudios y terapias fallidas, se llevó a quirófano con todas las consideraciones necesarias, tanto por urología, como por anestesiología y cuidado intensivo, logrando drenar de manera adecuada, el absceso y consiguiendo una mejoría vertiginosa en su estado clínico que permitió rápidamente, retirar los soportes vasoactivos y ventilatorios y prontamente el egreso de la unidad de cuidado intensivo y posterior egreso hospitalario.

Si observamos la ►Tabla 1, encontramos que tan solo un paciente tuvo un periodo prolongado de estancia hospitalaria

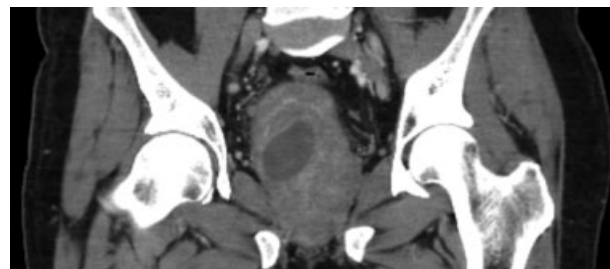


Fig. 2 TAC de abdomen corte coronal.

Tabla 1 Características generales

Paciente	Edad	Comorbilidades	Días de hospitalización total	Días de hospitalización posterior a la cirugía	Organismo aislado	Manejo Antibiótico
1	61	Sonda uretral permanente, Gangrena de Fournier	10	6	E. Cli BEE	Piperacilina / tazobactam-Ertapenem
2	40	Diabetes Mellitus tipo 2, Esplenctomía Inmunodeficiencia en estudio	8	3	S. Hominis	Ertapenem
3	78	Sonda uretral permanente, cáncer de próstata	17	11	<i>E. coli</i> - k. Oxytoca KPC	Ampicilina / sulbactam-cefepime-Meropenem + polomixina
4	56	Cor-pulmonale, EPOC	73	34	S. aureus	daptomicina
5	46	Enfermedad Renal Crónica	45	11	No aislado	Ertapenem + Vancomicina
6	65	Hipertensión arterial, crecimiento prostático Benigno, Sonda a permanencia	18	3	k. Oxytoca KPC	Meropenem + cloistina

posterior a la cirugía. Es bueno aclarar, que dicho paciente cursaba con abscesos en múltiples órganos los cuales debieron ser tratados hasta lograr el control de todos los focos, por lo que se mantuvo hospitalizado a pesar de la resolución de su patología prostática posterior al adecuado drenaje.

Todos los pacientes recibieron manejos antibióticos indicados por el servicio de infectología con recomendaciones de acuerdo al antibiograma y siendo esquemas que iban desde los 10 hasta los 21 días en la mayoría de los casos. En 3 de los 6 casos, fueron completados los esquemas mediante hospitalización domiciliaria y valorados en consulta postoperatoria al término del manejo antimicrobiano, confirmado con la negatividad del urocultivo y la resolución de la sintomatología. Solo se le realizó tomografía de abdomen y pelvis de control a 2 de los pacientes, confirmando la resolución de la patología.

Conclusiones

En nuestra experiencia, la RTU de próstata como técnica de drenaje, es un método seguro y eficaz en el manejo de los abscesos prostáticos, logrando un abordaje endoscópico por la vía natural, sin tener contacto con la flora rectal, ni

complicaciones derivadas del abordaje endoscópico uretral, todo eso respaldado por la evidencia actual que respalda nuestra iniciativa.

Bibliografía

- Arrabal-Polo MA, Jimenez-Pacheco A, Arrabal-Martin M. Percutaneous drainage of prostatic abscess: case report and literature review. *Urol Int* 2012;88(01):118-120
- Dubos M, Barraud O, Fedou AL, et al. Prostatic abscesses and severe sepsis due to methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* producing Panton-Valentine leukocidin. *BMC Infect Dis* 2014;14:466
- Dell'atti L. Prostatic abscess after transrectal ultrasound-guided prostate biopsy. *Case report G Chir Vol. 34 - n. 9/10 - pp. 260-262, 2013*
- Hsu LN, Chiang PH, Kang CH. Emphysematous prostatic abscess: rare case and systematic review. *J Formos Med Assoc* 2015;114(03):292-293
- Chou YH, Tiu CM, Liu JY, et al. Prostatic abscess: transrectal color Doppler ultrasonic diagnosis and minimally invasive therapeutic management. *Ultrasound Med Biol* 2004;30(06):719-724
- Jang K, Lee DH, Lee SH, Chung BH. Treatment of prostatic abscess: case collection and comparison of treatment methods. *Korean J Urol* 2012;53(12):860-864