

Casos Clínicos

Abcesso Prostático

Nuno Borges, Jorge Cabral Ribeiro, José Freire*, Tomás Azevedo

Serviço de Urologia e Serviço de Imagiologia*
Hospital da Horta

Resumo

O abcesso da próstata é actualmente uma entidade pouco frequente, resultado de uma melhoria na terapêutica antibiótica. No entanto deve ser considerado em doentes com factores de risco (infecções urinárias complicadas) que no decurso de um quadro infeccioso, apresentam agravamento marcado da sintomatologia ou resposta inadequada à terapêutica. Apresentamos um caso clínico de um doente de 47 anos com diabetes mellitus não controlada, cujo abcesso prostático foi tratado com antibioterapia sistémica, associada a drenagem transrectal ecodirigida.

Palavras chave: Abcesso prostático, ecografia transrectal, punção aspirativa

Abstract

Prostatic abscess is a severe prostatic infection uncommon nowadays due to the widely use of antibiotics. Its should be suspected in patients presenting risk factors (complicated urinary tract infections) with aggravating urinary tract symptoms or protracted clinical course in spite of therapy.

We present a case report of a 47-year old poorly controlled diabetic patient with a prostatic abscess treated with systemic antibiotics and transrectal drainage.

Key Words: Prostatic abscess, transrectal ultrasonography, needle aspiration

Mesh Terms: Prostate; Abscess; Abscess/therapy/*ultrasonography; Prostatic Diseases/therapy/*ultrasonography; Anti-Bacterial Agents/administration & dosage; Drainage/methods

Correspondência:

Nuno Borges
Rua Luciano Cordeiro,
29, 1°C
1150 – 212 LISBOA
E-mail:
nsborges@gmail.com

Introdução

O abcesso prostático é uma acumulação focal de pus no interior da próstata em resultado de um quadro infeccioso grave e não controlado, que condiciona uma morbilidade e mortalidade importantes quando não tratado agressivamente.

Outra frequente, com o advento da terapêutica antibiótica de largo espectro os abscessos prostáticos tornaram-se raros na prática clínica diária não ultrapassando 0,5% das infecções prostáticas. O seu diagnóstico

clínico é difícil dado a sintomatologia se sobrepor a outras patologias mais comuns como a prostatite (aguda ou crónica) ou mesmo a HBP. Deve ser considerado em doentes portadores de doença crónica ou imunodeprimidos com evolução clínica desfavorável e é facilmente confirmado por ecografia (transrectal ou suprapúbica).

Apresentamos um caso clínico de abcesso prostático tratado por antibioterapia sistémica associada a punção drenagem ecodirigida por via transrectal múltipla, tecendo algumas considerações sobre esta entidade.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino de 47 anos de idade, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, diagnosticados há 2 anos na sequência de coma cetoadidótico, medicado com metformina associada a insulina, mas com histórico de mau controlo metabólico.

Foi inicialmente observado pelo Médico de Família por hipertermia (38°C) associada a queixas de disúria, poliaquiúria, ardor miccional, hesitação e sensação de micção incompleta. Foi medicado empiricamente com ciprofloxacina 500mg PO 12/12h que auto suspendeu ao 4º dia de terapêutica face à melhoria sintomática e urocultura negativa.

Uma semana depois foi observado no Serviço de Urgência por recorrência da sintomatologia, agravada de aumento da dificuldade miccional e de dores perineais e sagradas.

Estava apirético, hemodinamicamente estável e apresentava urina turva. Ao toque rectal detectou-se uma próstata aumentada de volume, quente, globalmente amolecida, muito dolorosa e com área de flutuação envolvendo grande parte do lobo esquerdo sugestiva de lesão abcedada. A palpação abdominal não revelou alterações nomeadamente evidência de globo vesical.

Analiticamente apresentava ligeira leucocitose neutrofilica, uma PCR muito elevada, leucocitúria e piúria no sedimento urinário.

A ecografia vesicopróstática suprapúbica confirmou a existência de lesão hipocóica com limites irregulares na periferia prostática compatível com abscesso (fig. 1). O resíduo vesical pós miccional foi de 30cc.

Foi admitido com o diagnóstico de abscesso prostático iniciando de imediato antibioterapia sistémica com ceftriaxone (1 gr./ev 12/12h) e metronidazol (500mg/ev 6/6h).

Após 24h de antibioterapia e um clister de limpeza rectal, foi realizada drenagem por punção aspirativa ecodirigida por via transrectal, utilizando uma agulha chiba 18G, com aspiração de 27 cc de pús acastanhado e espesso que foi enviado para exame cultural (fig. 2)

Verificou-se melhoria rápida e acentuada da sintomatologia. A urocultura (colheita na admissão) e o exame bacteriológico do pús revelaram *E. Coli*, sensível ao ceftriaxone que manteve (suspendeu metronidazol).

Ao 7º dia realizou controlo ecográfico suprapúbico que documentou persistência de pequena área hipocogénica posterior, que foi drenada por via transrectal ecoguiada com saída de 4 cc adicionais de pus (fig. 3)

Teve alta hospitalar ao 9º dia, mantendo antibioterapia oral (ciprofloxacina 500mg bid) durante 4 semanas. Actualmente encontra-se assintomático e com resolução total da lesão.

Discussão

O abscesso prostático é hoje uma patologia pouco frequente na prática clínica, com uma incidência inferior

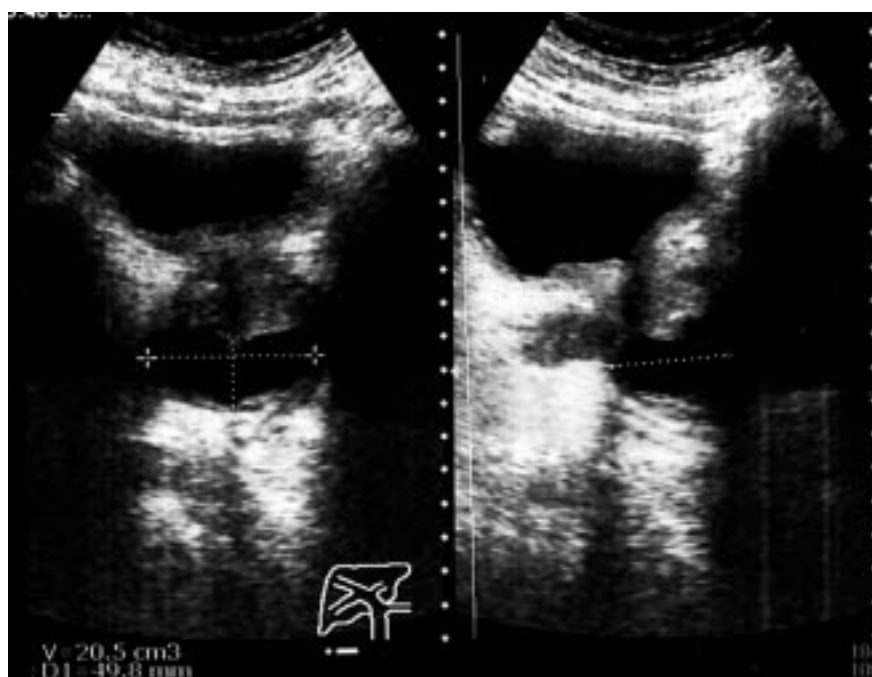


Figura 1



Figura 2

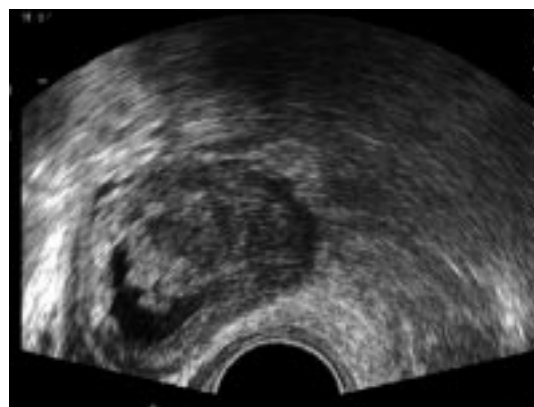


Figura 3

a 0,5% do total de doenças prostáticas. No entanto permanece uma patologia grave cujo atraso no diagnóstico e da terapêutica acarreta uma taxa de mortalidade que pode atingir 18%.¹

A apresentação clínica do abscesso prostático é muito variada, sendo os sintomas mais frequentes a febre, síndrome miccional irritativo com polaquiúria, tenesmo vesical e retenção urinária, e menos frequentemente hematuria, dor rectal, sagrada ou hipogástrica e a secreção uretral.^{1,2}

Classicamente o diagnóstico era efectuado com base no toque rectal, com demonstração de zonas de flutuação na próstata, no entanto, actualmente, o mais frequente é identificação de próstata apenas dolorosa à palpação ou mesmo normal. Na série de 31 casos publicada por Collado e cols. o sinal clínico mais frequente no toque rectal foi a dor à palpação em 55% dos casos, enquanto que a flutuação corresponde apenas a 29% dos mesmos, o que é consistente com outras séries actuais.³

Esta patologia é mais frequente entre a 5ª e a 6ª décadas de vida, e os factores predisponentes incluem instrumentação das vias urinárias, a algália crónica, a obstrução urinária infravesical, prostatite bacteriana, compromisso do sistema imunitário associado com falência renal crónica, neoplasias, diabetes mellitus e HIV.^{2,6} Na série de Collado e cols. verificamos que em 48% há história prévia de infecção urinária, em 42% há história de obstrução urinária pós vesical, e em 29% dos casos está associada a diabetes mellitus.³

A ecografia prostática é o exame auxiliar de diagnóstico de primeira linha para diagnóstico e seguimento dos abscessos prostáticos. Os achados mais comuns são áreas anecoicas ou hipoecogénicas irregulares, por vezes multiloculadas, rodeadas de um halo periférico hiperecogénico e hipervascular no doppler, com dis-

torção da normal anatomia da glândula.^{4,8} Face a estes achados é fundamental considerar outras entidades que apresentam imagens ecográficas similares como lesões quísticas, granulomas, prostatite aguda e neoplasia.³

A TAC ou a ressonância magnética nuclear não desempenham um papel de primeira linha no diagnóstico, devendo ser reservados para casos em que surjam dúvidas ou suspeita de complicações como a extensão extraprostática dos abscessos.³

A maioria dos abscessos prostáticos localiza-se na periferia da glândula. Este facto relaciona-se com o factor etiopatogénico mais prevalente, o refluxo de urina contaminada para os ácinos prostáticos. As glândulas periféricas têm ductos longos, tortuosos e que drenam para o verumontanum (ou proximidade) de forma recta o que facilita que na ejaculação ou durante a micção haja a penetração de microorganismos que infectam a urina. Os ductos da zona central e transicional desembocam na uretra de forma oblíqua em relação com o sentido do fluxo urinário, protegendo assim estas áreas. Menos frequente é a disseminação hematogénica de focos infecciosos distantes ou por contiguidade local (lesões perianais).⁴

Com a introdução de antibioterapia dirigida e mais eficaz ocorreu uma mudança radical na etiologia dos agentes infecciosos, passando no início do sec. XX de uma maior prevalência de *Neisseria gonorrhoea* (75% dos casos), para agentes Gram negativos como a *Escherichia coli*, outras enterobacteriaceas, *Staphylococcus*, *Bacteroides* e *Klebsiellas* nas séries mais recentes publicadas.^{1,9}

É importante a identificação do agente etiológico, embora em cerca de 33 a 46% das uroculturas iniciais seja negativa. A cultura do pus, sangue, repetição da urocultura, hemocultura e de fragmentos de tecido prostático, pode auxiliar na a identificação de agentes

menos comuns como o *Mycobacterium tuberculosis* ou a *Cândidas spp.*, de forma a orientar a terapêutica específica.⁵

Vários esquemas empíricos de antibioterapia são utilizados nomeadamente ceftriaxona (1g ev. 12/12h) associada a metronidazol (500mg ev. 8/8h) ou ciprofloxacina (400 mg ev. 12/12h) associada a vancomicina (1g ev. 12/12h) durante a fase aguda. No ambulatório a terapêutica é continuada com ciprofloxacina (500 mg PO 12/12h) ou levofloxacina (500mg PO 24/24h) durante 4 semanas.⁴

O tratamento conservador, apenas com antibioterapia sistémica, tem sido utilizado com bons resultados em doentes abscessos pequenos (< 1 a 1,5cm) embora com risco de necessidade de procedimentos adicionais. Ludwig em 9 doentes com coleções de 1 cm submetidos a antibioterapia e cistostomia suprapubica verificou a resolução do quadro em 6 casos e necessidade de drenagem em apenas 3 por persistência de febre e aumento da área do abscesso.²

A técnica cirúrgica preferencial é a drenagem ecodirigida, uma vez que tem baixa morbilidade e pode ser executada sob anestesia local. A via de abordagem preferencial tem sido a transrectal, havendo autores que pela hipótese de fistula para o recto defendem a via transperineal.^{3,4,8} A taxa de cura após a primeira punção é de 75% e após a segunda punção é de 8,3%, sendo ineficaz em 12,5% dos casos.³

No caso de falência da drenagem ecodirigida pode-se optar por incisão transuretral (ansa de Collings), ressecção transuretral da prostata ou drenagem cirúrgica aberta. A incisão transuretral é preferencial especialmente uma vez que tem menor índice de complicações como ejaculação retrógrada, bacteriémias, estenoses uretrais e incontinência urinária quando comparada com a ressecção transuretral.^{1,3} A ressecção transuretral da prostata será o procedimento adequado face à falência da punção/drenagem, se a simples incisão permitir a drenagem completa da loca.³

A drenagem cirúrgica aberta é usada em prostatas de grandes dimensões, desestruturadas ou com afectação extraprostática, sendo por vezes necessário a colocação de dreno para lavagens subsequentes^{1,3}.

As complicações nas séries publicadas variam entre a ruptura espontânea do abscesso para a uretra, períneo ou recto, incontinência urinária, infertilidade, prostatite crónica e sepsis generalizada com evolução para morte. O seguimento destes doentes deve ser orientado para

controlar os factores de risco e evitar a recorrência do abscesso.^{1,3}

Conclusão

O abscesso prostatico é uma infecção infrequente mas grave e com uma morbilidade e mortalidade importante. O diagnóstico clínico pode ser dificultado pela sobreposição de sintomatologia do tracto urinário inferior, devendo ser sempre suspeitado no caso de infecções urinárias ou prostatites com evolução e resposta à terapêutica não adequada ao tratamento em curso.

A ecografia vesicoprostática (suprapúbica e/ou transrectal) é o exame de diagnóstico preferencial.

A terapêutica pode ser conservadora nos abscessos pequenos (< 1,5cm) com cobertura antibiótica dirigida e monitorização apertada, ou cirúrgica no caso de abscessos de maiores dimensões. A opção cirúrgica preferencial é a drenagem por punção ecodirigida transrectal, sendo a incisão transuretral ou ressecção transuretral utilizadas quando aquela não é eficaz ou exequível.

Bibliografia

- 1 Granados A, Riley G, Salvador J, Vicente J: Prostatic abscess: Diagnosis and treatment. *J Urol.* 1992; 148:80-2
- 3 Ludwig M, Schroeder-Printzen I, Schiefer HG, Weidner W. Diagnosis and therapeutic management of 18 patients with prostatic abscess. *Urology* 1999; 53:340-5
- 4 Collado A, Palou J, Penit JG, Salvador J, Torre P, Vicente J. Ultrasound-guided needle aspiration in prostatic abscess. *Urology* 1999; 53:548-52
- 5 Sanz MB, Argente VG, Marti JLP, Garcia MAB, Fuster JVS, Cruz JFJ. Abscesso prostático: revision de la literatura y presentación de un caso. *Actas Urol Esp* 2005; 29(1): 100-4
- 6 Trauzzi SJ, Kay CJ, Kaufman DG, Lowe FC: Management of prostatic abscess in patients with human immunodeficiency syndrome. *Urology* 1994; 43: 629-33
- 7 Gogus Ç, Ozden E, Karaboga R, Yagci. The value of transrectal ultrasound guided needle aspiration in treatment of prostatic abscess. *Eur J Radiol* 2004;52:94-8
- 8 Chou YH, Tiu CM, Chen JY, Chiou HJ, Chiou SY, Wang JH, Yu C. Prostatic abscess: transrectal color Doppler ultrasonic diagnosis and minimally invasive therapeutic management. *Ultrasound Med Biol* 2004; 30:719-24
- 9 Liu KH, Lee HC, Chuang YC, Tu CA, Chang K, Lee NY, Ko WC. Prostatic abscess in southern Taiwan: another invasive infection predominantly by *Klebsiella pneumoniae*. *J Microbiol Immunol Infect* 2003; 36:311-6