



P-347 - INFECCIÓN URINARIA FEBRIL EN HOMBRES

G.D.R. Zambrana Calvi, M.D. Camacho Martos, G. Pérez Darnaudguilhe y G. Zambrano Granella

CS 3.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años que acude por escozor miccional, disuria, polaquiuria y dolor perineal intenso de 2-3 días de evolución que se acompaña de fiebre, máxima termometrada de 38 °C, que cede a la toma de antitérmicos. No alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Niega haber tenido relaciones sexuales de riesgo. No refiere episodios previos similares.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración puño-percusión renal bilateral negativa y en el tacto rectal se palpa una próstata caliente y dolorosa a la palpación. Analítica: creatinina 1,2 mg/dl. Sedimento de orina y urocultivo: negativo. Determinación del antígeno prostático específico (PSA): 6 ng/ml. Ecografía transrectal: Absceso prostático.

Juicio clínico: Prostatitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Hiperplasia benigna de próstata. Cólico nefrítico. Cistitis aguda complicada.

Comentario final: La prostatitis aguda es una enfermedad que puede ser manejada desde atención primaria si no existen signos generales que hagan sospechar una bacteriemia o datos que indiquen una complicación local. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, no obstante, solicitar pruebas complementarias de manera ambulatoria apoyará nuestra hipótesis diagnóstica. Iniciar un tratamiento antibiótico precoz de manera empírica es fundamental para la buena evolución del paciente, mientras se espera el resultado del cultivo. Los gérmenes Gram negativos son los que con más frecuencia causan la prostatitis aguda. Entre los antibióticos más utilizados están las quinolonas, las cefalosporinas de segunda y tercera generación y las sulfamidas. En caso de contraindicación de quinolonas se puede utilizar trimetoprim o cotrimoxazol y si sospecha enfermedad de transmisión sexual, doxiciclina o macrólidos durante 4 semanas para prevenir la aparición de complicaciones como puede ser la evolución a prostatitis crónica. Y aunque la obstrucción del cuello vesical es una complicación infrecuente del síndrome de prostatitis, los fármacos que mejoran la micción pueden contribuir a aliviar la clínica, tanto obstructiva como irritativa y, por tanto, la calidad de vida. Cinco días después acude a nuestra consulta. Refiere no presentar mejoría de los síntomas, gran afectación del estado general, con fiebre, postración, dolor con disminución del chorro miccional. Sospechamos un absceso prostático y derivamos a urgencias. En urgencias se realizó la ecografía transrectal, se confirma absceso prostático, se inicio tratamiento intravenoso y drenaje del absceso. Tras un seguimiento durante 6 meses se valorará un estudio más

completo para descartar anomalías previas del tracto genitourinario. La realización de masaje prostático, está contraindicado ante la sospecha de prostatitis aguda bacteriana ya que puede precipitar una bacteriemia. La ecografía transrectal no se indica como prueba complementaria de inicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van der Starre WE, van Dissel JT, van Nieuwkoop C. Treatment duration of febrile urinary tract infections. *Curr Infect Dis Rep.* 2011;13:571-8.
2. Lipsky BA, Byren I, Hoey CT. Treatment of bacterial prostatitis. *Clin Infect Dis.* 2010;50:1641-52.