

Abscesso prostático com Síndrome de Fournier: um relato de caso

Prostatic abscess with Fournier's Gangrene: a case report

Bruno Henrique Nunes Hirata¹, Henrique Lobo Ramos¹, Jorge Ricardo Góis e Cunha²,
Rafael Ribeiro Zanotti², Luis Gustavo Morato de Toledo³

Resumo

O abscesso prostático afeta principalmente pacientes imunossuprimidos. Se não for tratada adequadamente, pode evoluir para sepse e morte. Devido à sua ampla sintomatologia, deve estar entre os diagnósticos diferenciais. Diferentes abordagens são descritas. Apresentamos uma breve revisão sobre o tema e o caso de um paciente com diagnóstico de abscesso prostático associado a abscesso inguinoscrotal, seu manejo cirúrgico e desfechos. **Apresentação do caso:** Um homem de 55 anos apresentou queixas de dor pélvica, disúria, edema e hiperemia da região inguinoscrotal. A investigação posterior com exames complementares revelou abscesso prostático e inguinoscrotal. O manejo escolhido foi a drenagem endoscópica transuretral da próstata; o abscesso inguinoscrotal foi tratado por incisão e drenagem. O paciente teve boa evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar em 10 dias. **Conclusão:** A drenagem endoscópica de um abscesso prostático por

meio da drenagem transuretral é uma modalidade eficaz. Esse diagnóstico deve ser investigado com alta suspeita e, quando feito, tratado rapidamente.

Palavras chave: Abscesso, Próstata, Doenças prostáticas, Escroto, Infecção, Drenagem

Abstract

Background: Prostatic abscess mainly affects immunosuppressed patients. If not properly managed, it can progress to sepsis and death. Due to its wide symptomatology, it must be among the differential diagnosis. Different approaches are described. We present a brief review on the topic and the case of a patient diagnosed with prostate abscess associated with inguinoscrotal abscess, its surgical management, and outcomes. **Case Presentation:** A 55-year-old man presented complaints of pelvic pain, dysuria, edema, and hyperemia of the inguinoscrotal region. Subsequent investigation with complementary exams revealed a prostatic and inguinoscrotal abscess. The management chosen was a transurethral endoscopic drainage of the prostate; the inguinoscrotal abscess was treated by incision and drainage. The patient had a good postoperative evolution, and he was discharged in 10 days. **Conclusion:** The endoscopic drainage of a prostatic abscess through transurethral drainage is an effective modality. This diagnosis must be investigated with high suspicion, and when made, treated aggressively.

Keywords: Abscess, Prostate, Prostatic diseases, Scrotum, Infection, Drainage

Introdução

O abscesso prostático é observado quando a coleção localizada de líquido purulento, causada por reação inflamatória, surge de uma prostatite bacteriana aguda (PBA)⁽¹⁾. O abscesso prostático afeta principalmente pacientes diabéticos, com doença renal em estágio terminal, cirrose hepática e pacientes imunossuprimidos. Além disso, o abscesso prostático, se não tratado adequadamente, pode progredir para urosepse grave, choque séptico e morte⁽²⁾. Relatamos

1. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Medicina. São Paulo – SP – Brasil

2. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Departamento de Cirurgia. Serviço de Urologia. São Paulo – SP – Brasil

3. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Cirurgia. São Paulo – SP – Brasil

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Cirurgia. São Paulo – SP – Brasil

Endereço para correspondência: Bruno Henrique Nunes Hirata. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Departamento de Cirurgia. Serviço de Urologia. Rua Dr. Cesário Mota Júnior 112, Prédio Conde de Lara – 5º Andar – Sala da Urologia – Vila Buarque – 01221-010 - São Paulo – SP - Brasil. Telefone (11) 2176-7237.

Declaração de divulgação: Não existem interesses financeiros concorrentes.

Conflito de interesses: Nenhum

Consentimento: O consentimento informado por escrito foi obtido do paciente para a publicação desta e de quaisquer imagens que a acompanham.

Local de Pesquisa: Hospital de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo.

o caso de um paciente com abscesso prostático que desenvolveu abscesso inguinoescrotal e seu manejo.

Relato de Caso

O relato foi devidamente submetido ao Comitê de Ética com aprovação - CAAE: 44651221.5.0000.5479 - Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Nosso paciente é um homem de 55 anos com história clínica de diabetes mellitus mal controlada e hipertensão arterial sistêmica, sem instrumentação urológica prévia. Apresentava queixa de disúria e urgência há muito tempo, mas sem seguimento.

Apresentou-se ao pronto-socorro com queixas de dores na região pélvica e disúria intensa, sem febre. O exame físico revelou edema e hiperemia de escroto e região inguinal direita (Figura 1). No exame retal, notou-se uma próstata protuberante e dolorida ao toque. Foi feita suspeita de abscesso de próstata, foram solicitados exames laboratoriais e de imagem complementares.



Figura 1 - Paciente no momento da admissão na sala de emergência. Abaulamento na região inguinal direita e escrotal associada a hiperemia.

O hemograma mostrou 18.300 leucócitos, análise de urina com padrão infeccioso e cultura de urina positiva para *Escherichia coli*. O valor do PSA foi de 23 ng/mL.

A ultrassonografia de partes moles da região inguinal e escrotal revelou adensamento da pele e tecido subcutâneo da região inguinal direita e bolsa testicular, hidrocele septada à direita, coleção no canal inguinal direito, orquiepididimite à direita e linfonodomegalia inguinal.

Devido à suspeita de abscesso prostático conco-

mitante a abscesso de partes moles, optamos pela realização de tomografia, nosso objetivo era delinear a disseminação da infecção para órgãos adjacentes e auxiliar na escolha da melhor via de drenagem. A TC revelou próstata com dimensões aumentadas, abaulamento do assoalho vesical, com atenuação heterogênea.

Não realizamos ressonância magnética (RM) por não estar disponível no momento.

Ambos os lobos prostáticos estavam preenchidos com coleção líquida, compatível com a formação de abscesso (figura 2). A densidade do plano de gordura pélvica periprostática também foi mostrada.

Optamos pela drenagem do abscesso de partes moles por incisão inguinal e escrotal. A abordagem do abscesso prostático foi feita com drenagem transuretral (material complementar 1). A drenagem incisional e transuretral foram realizadas sincronicamente no mesmo procedimento operatório e o volume total drenado foi de 200ml. Solução salina foi usada para limpar as cavidades do abscesso.



Figura 2 - Imagem de tomografia computadorizada mostrando ambos os lobos prostáticos cheios de coleção líquida, compatível com formação de abscesso.

Um cateter de Foley 20Fr foi mantido por 2 dias para manter a drenagem de urina adequada, nos dias de pós-operatório não houve mais fluxo de líquido purulento. Os drenos inguinal e escrotal foram mantidos por 7 dias (Figura 3).

O paciente teve alta no 10º dia de pós-operatório. A cultura do abscesso escrotal foi positiva para *Klebsiella spp*. O laudo histopatológico da ressecção da próstata foi hiperplasia do estroma glandular com exsudato purulento.

Está com 6 meses de pós-operatório, sem queixas miccionais (Figura 4). Seu PSA é agora de 2,4 ng/mL.

Discussão

O abscesso prostático é uma reação inflamatória causada pelo processo de infecção. O diagnóstico precoce favorece o tratamento, pois a resolução do



Figura 3 - Segundo dia de pós-operatório; drenos localizados na região inguinal direita e no escroto.



Figura 4 - Paciente 6 meses após a cirurgia.

abscesso prostático é demorada e, às vezes, é necessária a drenagem cirúrgica⁽¹⁾.

Os sinais e sintomas clínicos são bastante variados. Sintomas como febre, disúria e dor perineal são encontrados em alguns pacientes e são semelhantes aos da prostatite bacteriana aguda (PBA)⁽³⁾. No entanto, é essencial distinguir PBA de abscesso prostático, pois essas doenças têm manejos diferentes⁽⁴⁾. Assim, é necessário avaliar hemograma completo, hemocultura, urocultura e análise de urina para descobrir o agente

infeccioso e sua localização. É possível afirmar que atualmente as bactérias gram-negativas são responsáveis pela formação do abscesso prostático. Dentre elas, destaca-se a *Escherichia coli*⁽⁴⁾. Se houver suspeita de abscesso prostático, estudos de imagem são necessários para confirmar o diagnóstico⁽¹⁾.

Testes como tomografia computadorizada (TC), ultrassom transretal (TRUS), ressonância magnética (MRI) são usados para obter um diagnóstico de abscesso prostático. Além disso, os exames de imagem não apenas auxiliam no diagnóstico, mas também orientam o tratamento para drenagem de abscessos⁽²⁾.

A drenagem do abscesso prostático pode ser realizada principalmente por 3 abordagens: transretal, transperineal e endoscopicamente por uma ressecção transuretral da próstata (RTU). Estudos demonstraram que o tratamento de pacientes com abscesso prostático com RTU tem um tempo de internação mais curto em comparação com a punção com agulha⁽²⁾.

Conclusão

Assim, a drenagem endoscópica para abscesso prostático é uma modalidade eficaz e seu diagnóstico deve ser investigado com alta suspeita. O abscesso da próstata deve ser considerado em pacientes com queixas urinárias, febre e dor. Sua incidência em pacientes diabéticos e imunodeprimidos deve ser enfatizada.

Referências

1. Reddivari AKR, Mehta P. Prostate Abscess. [Updated 2019 Nov 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. [citado 2020 Out 12]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338518309_Prostate_Abscess.
2. 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):860-4.
3. Barozzi L, Pavlica P, Menchi I, De Matteis M, Canepar M. Prostatic abscess: diagnosis and treatment. *Am J Roentgenol*. 1998; 170(3):753-7.
4. Bhagat SK, Kekre NS, Gopalakrishnan G, Balaji V, Mathews MS. Changing profile of prostatic abscess. *Int Braz J Urol*. 2008;34(2):64-70.

Trabalho recebido: 14/12/2020

Trabalho aprovado: 12/05/2021

Trabalho publicado: 18/05/2021