



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 482/684 - NO SIEMPRE ES CISTITIS

S. López Hernández<sup>1</sup>, C. Mora Gómez<sup>2</sup>, M. Rodríguez Alonso<sup>3</sup> y M. García Vidal<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>2</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>3</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Tordesillas. Tordesillas. Valladolid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 51 años sin alergias y antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, ictus isquémico y dislipemia. Fumador de 30 cigarrillos/día. Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico 100 mg 1/24h, Atorvastatina 80 mg 1/24h, metformina/sitagliptina 50/1.000 mg 1/12h. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal hipogástrico, dolor testicular y síndrome miccional desde hace un mes con disuria, polaquiuria y hematuria. Afebril. Una semana antes acudió a Urgencias de Atención Primaria donde fue diagnosticado de infección del tracto urinario tratado con fosfomicina.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estable hemodinámicamente. Abdomen doloroso a la palpación de hipogastrio con puñopercusión renal bilateral normal. Teste derecho de tamaño y morfología normal. Hemiescroto izquierdo aumentado de tamaño, eritema y calor a la palpación con zona que fluctúa. Tacto rectal con próstata aumentada de tamaño y fluctuante. Analítica con leucocitosis de 22.400 con 82% de neutrófilos, creatinina 1,58 mg/dl y sistemático de orina con leucocituria, hematuria e intensa bacteriuria. Se solicita ecografía de abdomen ampliando el estudio el servicio de Radiología tras los hallazgos con un TC abdominal visualizando un absceso prostático y de vesículas seminales y una epididimitis izquierda con posible masa flemonosa. Se instaura tratamiento antibiótico empírico intravenoso y se decide ingreso.

**Orientación diagnóstica:** Absceso prostático y orquiepididimitis izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** Cistitis, pielonefritis, enfermedades de transmisión sexual, uretritis, neoplasia.

**Comentario final:** Dada la similitud de síntomas con otras entidades, su forma de presentación variada junto con la escasa frecuencia de aparición hacen que el diagnóstico del absceso prostático sea en ocasiones difícil. Es el caso de nuestro paciente que no presentaba fiebre y la anamnesis y la exploración física eran similares a otros procesos del tracto urinario inferior. Durante el ingreso se llevó a cabo el drenaje transrectal guiado por ecografía del absceso junto con la administración de antibioterapia intravenosa presentando buena evolución de los síntomas. Resulta de gran importancia tener en cuenta esta patología para evitar el desarrollo de un shock séptico así como otras complicaciones.

## Bibliografía

1. Broggi E, Bruyère F. Tratamiento de las prostatitis agudas. Urología. EMC. 2013;45(1):1-7.

2. Tolosa-Álvarez AB, Romero-Requena JM, Merchan-Cuenda M. Absceso prostático: caso clínico y revisión de la literatura. Medicina de Familia-SEMERGEN. 2016;42(4):280-2.

**Palabras clave:** Absceso. Próstata. Orquiepididimitis.