

## PROSTATITIS INVALIDANT EN PACIENT ANCIÀ?

Núria Martí, Carlos Galisteo, Emili Gené, Josep Antoni Pijuan, M. Dolors Ferrer, Carme Campos. Servei d'Urgències. Parc Taulí Sabadell. Hospital Universitari

Nom autor: Núria Martí Lloc de treball: Hospital Parc Taulí

Data recepció: 12.10.2015 Data acceptació: 26.10.2015

Mail: nmarti@tauli.cat

Forma de citació: Martí N, Galisteo C, Gené E, Pijuan JA, Ferrer MD, Campos C. *Prostatitis invalidant en pacient ancià?* ReMUE.c@t 2017;4(1):14-17

### Motiu de consulta

home de 82 anys que consulta a Urgències en diverses ocasions al llarg de 4 mesos per molèsties miccionals i dolor a hipogastri/suprapúbic, que progressivament limita el malalt.

### Antecedents personals

- Situació basal: Autònom amb Índex Barthel 100, condueix, manté activitats instrumentals i avançades fins gener del 2015.

- Hèrnia hiat.

- Medicació: no refereix.

### Malaltia actual

Consulta 24-12-2014 a l'ambulatori per dolor perineal pantant-se analgèsia. Posteriorment el pacient realitza diverses consultes a Urgències:

- 10-1-2015, manifesta dolor perineal i retropúbic amb síndrome miccional. Es pauta cefixima per un mes i es remet al metge de capçalera (MC).

- 12-1-2015, per augment del dolor al perineu, síndrome miccional i febreta. Es diagnostica de prostatitis aguda i es canvia a levofloxací per un mes. Es remet al MC.

- 13-3-2015, dolor a nivell d'hipogastri irradiat cap a teste, penis i perineu, síndrome miccional, sense febreta. Es reinicia cefixima.

- Torna a consultar a l'endemà per persistència de la simptomatologia, i ingressa a Urologia fins el 16/3/2015. Es diagnostica de prostatitis crònica i es pauta tractament simptomàtic (Bencidamina, duasterida / tamsulosina 0,5/0,4 mg 1-0-0, amitriptilina 10 mg 1-0-1, naproxè 550 mg 1-0-1) i doble pauta antibiòtica (levofloxací i metronidazol).

El pacient va presentar milloria del quadre de forma parcial, amb persistència del dolor a hipogastri, amb dificultat per la deambulació.

- 27-4-2015, persisteix dolor a hemiabdomen inferior de predomini a hipogastri i pubis, que empitjora amb la bipedestació i incapacita la deambulació. En aquest moment el Barthel és de 65. No presenta dolor testicular, ni de testes ni penis ni perineu. No té síndrome miccional ni distèrnia. Restrenyiment crònic sense canvis. Se sol·licita valoració per Reumatologia.

### Exploració física

En les diferents consultes destaca un abdomen tou i depressible, no dolorós. En la primera visita a l'hospital es descriu perineu molest, sense observar lesions ni zones flogòtiques. Testicles i epidídims normals, no dolorosos.

En la darrera atenció urgent, destacava dolor a pubis a la palpació i a la mobilització d'EEII, no signes radiculars ni altres alteracions. Dolor referit a l'àrea del psoas amb la flexió de malucs,.

Tacte rectal: Pròstata dolorosa a la palpació, fibrosa i una mica congestiva, de tamany mig; elevadors de l'anús amb bandes tenses però no dolorosos, músculs obturadors i piriformes no dolorosos a la palpació.

### Proves complementàries realitzades a urgències

Sediment: negatiu.

Anàlisi general: Leucòcits  $12,22 \times 10^9/L$ , Hematies  $4,56 \times 10^{12}/L$ , Hemoglobina 144 g/L, Hematòcrit 0,42 L/L, Volum corpuscular mig 92,3 fL, Plaquetes  $298 \times 10^9/L$ , Neutròfils (%) \*83,5 %, Neutròfils  $10,2 \times 10^9/L$ , Glucosa \*147 mg/dL, Urea 36 mg/dL, Creatinina \*1,22 mg/dL, Sodi 138 mEq/L, Potassi 4,6 mEq/L

Urinocultius (micció espontània): 10/1/2015: negatiu i 13/3/2015: contaminat.

Radiografia (RX) simple pelvis front (27/4/2015):

sense troballes. (Imatge 1)

### Diagnòstic diferencial a urgències

Davant del dolor progressiu a la regió pubiana que limita la deambulació ens hem de plantejar el diagnòstic diferencial amb els següents processos<sup>1</sup>:

- Simfisitis inflamatòria. Les espondiloartropaties poden afectar a l'articulació amb ossificació i sinostosis completa de la símfisi.
- Infeccions: artritis sèptica de símfisi púbrica o osteomielitis púbrica.
- Anomalies congènites que provoquen diàstasi dels ossos púbics.
- Osteïtis pubis o simfisitis púbrica. La més freqüent. Es considera un procés inflamatori d'origen no bacterià que es presentava com a complicació de:
  - Cirurgia pèlvica (urològica i ginecològica)
  - Sobreesforç (esportistes). Fútbol (50% dels casos).
  - Embaràs/part
  - Traumatismes.
- Malalties metabòliques, com l'osteodistròfia renal i l'hiperparatiroidisme, l'artropatia per cristalls de pirofosfat càlcic, l'ocrònosi i l'hemocromatosi.
- Malalties degeneratives, com l'artrosi.
- Neoplàsies. Són poc freqüents.
- Malaltia posttraumàtica. Amb 4 patrons típics:
  - diàstasi púbrica (la més freqüent; 45% del total)
  - fractura desplaçada
  - fractura intraarticular amb luxació-solapament
  - combinació de les anteriors

### Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències

Durant aquests mesos el pacient fa seguiment per Urologia qui sol·licita:

- Tomografia computeritzada (TC) de pelvis el 06/03/2015: sense alteracions. (Imatge 2)
- Gammagrafia òssia (GGO) el 20/03/2015: hiperactivitat de traçador a la branca descendent del pubis de forma bilateral, més evident al costat dret, suggestiu d'entesitis insercional en aquesta localització. (Imatge 3)

Arrel de la consulta al Servei de Reumatologia des d'una de les visites a Urgències se sol·licita una

Ressonància Magnètica Nuclear (RMN) ambulatoria, practicada el 4/5/2015 que informa de **signes d'osteomielitis pubiana amb col·leccions infrapubianes i edema muscular**. (Imatges 4-6). El malalt ingressa per completar estudi i tractament. Es determinen reactants de fase aguda amb valors màxims de PCR 5 mg/dL i VSG 84 mm/ 1<sup>a</sup> hora. Es practica punció aspiració amb agulla fina (PAAF) guiada per TC de la símfisi pubiana que obté mostra que confirma infecció per *Pseudomona aeruginosa*. És en aquest moment quan s'inicia el tractament endovenós amb ceftazidima segons antibiograma, en considerar que es tracta d'una osteomielitis crònica. Després de completar 8 setmanes de tractament el pacient no presentava dolor a nivell púbic, i havia recuperat el Barthel inicial de 100.

### Diagnòstic

**OSTEOMIELITIS DEL PUBIS per *Pseudomona aeruginosa*.**

### Discussió

La osteomielitis del pubis és una malaltia heterogènia en la seva fisiopatologia, clínica i tractament. És un procés infecció que es pot deure a la disseminació per contigüitat a partir de teixits adjacents, a disseminació hematògena o inoculació directa de microorganismes a l'os per traumatismes o cirurgia<sup>2</sup>. La presentació és variable: un 74% dels casos presenten febre, el 59%, marxa dolorosa, un 45% dolor amb el moviment de maluc<sup>3,4</sup>.

Pel que fa referència al diagnòstic, la RX simple pelvis front no és molt sensible pel diagnòstic d'osteomielitis pubis però és una prova accessible. La GGO pot tenir falsos positius. La TC és útil pel diagnòstic però la RMN té una sensibilitat del 100% per de la detecció de casos d'osteomielitis pubis<sup>5</sup>. El diagnòstic etiològic és fonamental. Els cultius d'aspirat tenen una sensibilitat del 86% per identificar el germen<sup>3</sup>: 34% *S. aureus*, 24% *P. aeruginosa*, 19% polimimicrobià, la resta (23%) són bacils gram negatius.

El tractament té l'objectiu d'eradicar la infecció i restablir la funció. Els antibiòtics més usats són els betalactàmics i la vancomicina, per un període de 4-6 setmanes. En més d'un 70% dels casos és precís un desbridament quirúrgic<sup>2</sup>. La seriació de la PCR és útil per avaluar la resposta al tractament<sup>4</sup>.

En el nostre cas, el diagnòstic es demora a causa

de la presència de simptomatologia urinària, essent diagnosticat de prostatitis crònica. La progressió de la malaltia ocasiona un dolor focalitzat a pubis amb limitació de la marxa. La persistència d'aquesta clínica serà la que permetrà el diagnòstic definitiu. Les diferents pautes d'antibiòtic prescrites per la prostatitis del nostre pacient (especialment Levofloxaci) probablement van contribuir a emascarar les proves d'imatge inicials. És la RMN la que posa de manifest les lesions suggestives d'osteomielitis i la mostra obtinguda per PAAF la que confirma el germen.

### Bibliografia

1. SERGIO A RODRÍGUEZ MONTERO. Sinfisitis púbica. Revisión bibliogràfica. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España. Fundación Española de Reumatología, Vol. 08. Núm. 03. Julio 2007
2. Berbari EF, Steckelberg JM, Osmon DR. Osteomielitis. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Mandell, Douglas y Bennet. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Séptima edición. Madrid: Elsevier España, 2012.
3. Justin Yax, DO, DMTH David Cheng, MD, DMTH: Osteomyelitis Pubis: A Rare and Elusive Diagnosis. West J Emerg Med. 2014;15(7):880–882.
4. Rodrigo Mardones P1'2, Claudio Rojas Pa, Maximiliano Carmona Ca.

Artritis séptica de la sínfisis del pubis Rev Méd Chile 2007; 135: 1040-1043

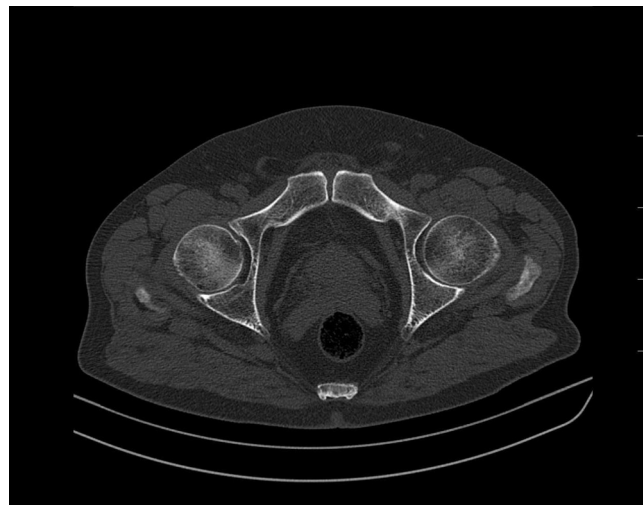
5. Ross JJ, Hu LT. Septic arthritis of the pubic symphysis: a review of 100 cases. Medicine. 2003;82(5):s340-344.

### Iconografia

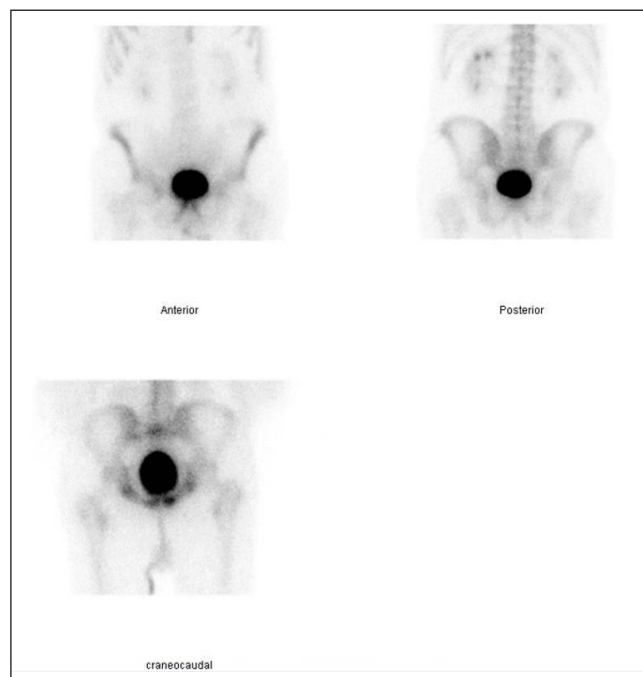
Imatge 1: Radiografia simple pelvis front (27/4/2015) sense troballes



Imatge 2: Tomografia computeritzada (TC) de pelvis (06/03/2015): sense alteracions.

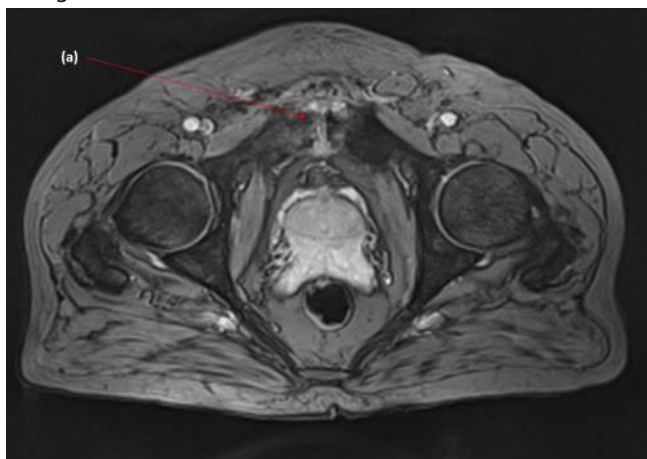


Imatge 3: Gammagrafia òssia (20/03/2015): hiperactivitat de traçador a la branca descendent del pubis de forma bilateral, més evident al costat dret, suggestiu d'entesitis insercional en aquesta localització.

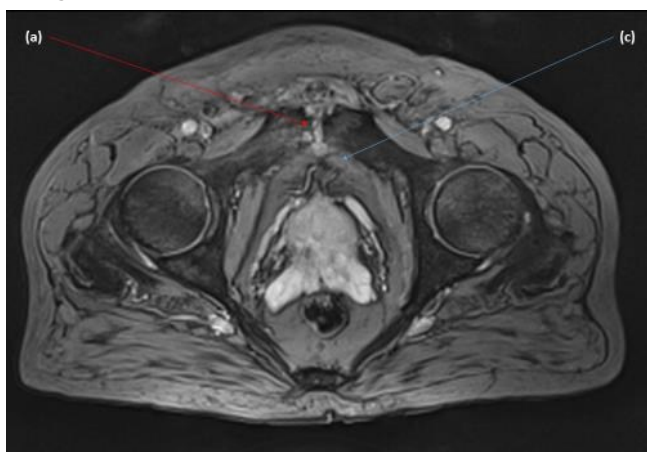


Imatges 4-6 : Ressonància Magnètica Nuclear (RMN) ambulatoria, (4/5/2015): signes d'osteomielitis pubiana (a) (irregularitat de la superfície articular d'ambdós costats de la simfisi púbica, amb erosions òssies i moderat edema ossi) amb col·leccions infrapúbiques (b) i edema muscular (c).

Imatge 4:



Imatge 5:



Imatge 6:

