

Capítulo 9 - Prostatite Aguda

Roberto Dias Machado

Introdução

• Doença aguda e infecciosa da próstata, geralmente afeta os homens dos 20 aos 40 anos de idade, com segundo pico após os 60 anos.

Vias de infecção

- Ascensão dos micro-organismos pela uretra
- Refluxo de urina infectada para os ductos prostáticos
- Transretal, devido à biópsia prostática
- Linfática e hematogênica são raras

Confirmação diagnóstica

É clínica por meio da história e do exame físico. Dor abdominoperineal e sintomas do trato urinário inferior como disúria e urgência, associados à febre com calafrios geralmente estão presentes.

O toque retal é doloroso e mostra flutuações prostáticas em mais de 90% dos casos, devendo ser feito com a máxima cautela. A massagem e a biópsia da próstata são contraindicadas na fase aguda, devido ao risco de disseminação bacteriana.

Os exames de sangue e urina I com urocultura (jato médio) auxiliam na confirmação diagnóstica.

O hemograma mostra leucocitose (células imaturas).

O PSA geralmente está elevado, retornando ao basal de 4 a 8 semanas após o tratamento.

O exame de urina tipo I mostra piúria, nitritos positivos e hematúria.

A coloração de Gram pode guiar o tratamento empírico até a confirmação microbiológica pela urocultura.

A hemocultura pode ser solicitada em pacientes internados com infecção sistêmica grave, porém apresenta apenas 21% de positividade.

Diagnóstico diferencial

Etiológico

Bactérias enterococcus gram negativas respondem por 85% dos casos. A E. coli é a mais comum, seguida por Proteus, Pseudomonas e Klebsiella spp.

Em pacientes jovens e sexualmente ativos deve-se considerar a Neisseria gonorréia e a Chlamydia spp.

Pacientes com imunodeficiência são susceptíveis a agentes atípicos (Fungos e M.tuberculosis etc.).

Fatores de risco

Intercurso sexual sem proteção, fimose, instrumentação cirúrgica do trato urinário inferior, cateterismo vesical, estenose de uretra, HPB e biópsia de próstata.

O risco de prostatite aguda é de 0,6% a 2,1% na primeira biópsia e de 4,1% na segunda biópsia.

Causas de confusão diagnóstica

Pielonefrite e epididimite aguda podem ocorrer isoladamente ou como consequência da prostatite aguda.

Patologias orificiais e diverticulite aguda.

Condutas

Tratamento ambulatorial

É uma opção em pacientes sem complicações e capazes de tolerar a ingestão oral das drogas.

As fluoroquinolonas têm a preferência inicial pelo seu espectro de ação contra gram negativos e positivos e alguns patógenos atípicos como *Clamydia* e *Mycoplasma*. As mais usadas são: ciprofloxacino 500 mg duas vezes ao dia, levofloxacino 500 mg uma vez ao dia e gatifloxacino 400 mg uma vez ao dia.

A associação de sulfametoxazol 400/800 mg + trimetoprima 80/160 mg duas vezes ao dia é usada em casos de reações adversas às quinolonas.

O mínimo de 10 dias de tratamento é necessário para casos leves, variando de 2 a 4 semanas.

Tratamento hospitalar

Em casos graves e complicados, a antibioticoterapia parenteral deve ser iniciada com o paciente internado logo após a coleta dos exames.

Lembrar que o padrão de resistência bacteriana aos antibióticos varia de acordo com as regiões geográficas.

Altas doses de antibióticos de largo espectro como cefalosporinas de segunda e terceira gerações (ex: cefuroxima 50 mg -100 mg/kg/dia de 8/8h com máximo de 6g/d, cefoxitina 1-2g de 4/4h ou 6/6h, ceftriaxona 1g de 12/12h) associados ou não aos aminoglicosídeos (ex.: amicacina e gentamicina) são recomendados.

Os aminoglicosídeos associados a um beta lactâmico (ampicilina e penicilina) ou a uma fluoroquinolona têm sua eficácia aumentada.

Uma vez o paciente estável e afebril o antibiótico oral é iniciado baseado nos exames de sangue e na cultura de urina.

Conduta nas complicações

A bacteremia é uma complicação grave, nestes casos a hemocultura pode auxiliar no diagnóstico microbiológico.

Os abscessos prostáticos devem ser investigados se houver piora clínica ou falha terapêutica, mesmo com o antibiótico apropriado.

O ultrassom transretal e a tomografia computadorizada auxiliam na confirmação diagnóstica e na terapêutica dos abscessos.

Retenção urinária ocorre devido à dor, espasmo do colo vesical e/ou edema prostático. O cateterismo uretral prolongado deve ser evitado na presença de abscessos e a cistostomia torna-se imperativa.

Prognóstico

Geralmente é bom com o tratamento rápido e adequado. Assim, a maioria dos pacientes não desenvolverá prostatite crônica.

Leitura recomendada

1. Brede.C.M e col. *The etiology and management of acute prostatitis. Nat.Rev.Urol. 2011,8:223-45.*

2. Etienne. M e col. *Acute bacterial prostatitis. BMC Infect Dis.2008,30:8-12.*