



Revista Urología Colombiana

ISSN: 0120-789X

revistaurologiacolombiana@scu.org.co

Sociedad Colombiana de Urología
Colombia

Potts, Jeannette; Payne, Richard E.

Prostatitis: ¿infección, alteración neuromuscular o síndrome doloroso?. La adecuada clasificación del paciente es clave

Revista Urología Colombiana, vol. XVI, núm. 3, diciembre, 2007, pp. 15-26

Sociedad Colombiana de Urología

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120470004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Prostatitis: ¿infección, alteración neuromuscular o síndrome doloroso?

La adecuada clasificación del paciente es clave

Potts Jeannette, MD.⁽¹⁾; Payne Richard E., MD.⁽²⁾

Glickman Urological Institute,⁽¹⁾
Cleveland Clinic, Cleveland, OH

pottsj@ccf.org.

Clinical Instructor,⁽²⁾

Department of Family and Preventive Medicine,
University of California, San Diego, La Jolla,

CA Private Practice,
North Coast Family Medical Group, Encinitas, CA

Resumen

La prostatitis es un término muy amplio utilizado para describir la inflamación de la próstata con una variedad de síntomas urinarios bajos, molestias en la actividad sexual y disfunción. Es una condición que afecta entre el 5 y 10% de la población masculina y es el diagnóstico urológico más común en menores de 50 años. La prostatitis se clasifica en cuatro categorías, incluyendo sus formas aguda y crónica bacterianas, una crónica abacteriana y una asintomática. Las formas bacterianas son más fáciles de diagnosticar y tratar, pero no es usual que los síntomas del paciente estén claramente relacionados con una condición infecciosa, tanto así que la prostatitis crónica abacteriana (también conocida como síndrome de dolor pélvico crónico), es la forma más prevalente y menos entendida, así como también es la que implica un mayor reto diagnóstico y terapéutico. Esta forma de prostatitis puede responder a terapias no centradas en la próstata como terapia física, liberación de puntos gatillo miofasciales y terapias de relajación. Teniendo en cuenta que hay múltiples formas de prostatitis, es necesario tener presentes las múltiples modalidades terapéuticas, hacer un enfoque diagnóstico apropiado y hacer un diagnóstico diferencial adecuado, con miras a tener un manejo efectivo.

Abstract

Prostatitis is a broad term used to describe inflammation of the prostate that may be associated with a myriad of lower urinary tract symptoms and symptoms of sexual discomfort and dysfunction. The condition affects 5% to 10% of the male population and is the most common urologic diagnosis in

Enviado para publicación: Noviembre de 2007

Aceptado para publicación: Noviembre de 2007

men younger than 50 years. Prostatitis is classified into four categories, including acute and chronic bacterial forms, a chronic abacterial form, and an asymptomatic form. The bacterial forms are more readily recognized and treated, but symptoms in most affected men are not found to have an infectious cause. Indeed, chronic abacterial prostatitis (also known as chronic pelvic pain syndrome) is both the most prevalent form and also the least understood and the most challenging to evaluate and treat. This form of prostatitis may respond to non-prostatecentered treatment strategies such as physical therapy, myofascial trigger point release, and relaxation techniques. Because the various forms of prostatitis call for vastly different treatment approaches, appropriate evaluation, testing, and differential diagnosis are crucial to effective management.

Definición de la enfermedad

La Prostatitis se define como una inflamación dolorosa de la próstata que con frecuencia se asocia a síntomas del tracto urinario bajo como por ejemplo vacilación, disuria y poliaquiuria, así como con disfunción sexual o disconfort incluyendo disfunción eréctil, eyaculación dolorosa, y molestias pélvicas poscoitales. Los síntomas relacionados con la actividad sexual se ven hasta en el 50% de los pacientes.^{1,2}

El Internacional Prostatitis Collaborative Network y el Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos han desarrollado un sistema de clasificación para la prostatitis.³ El sistema (ver recuadro) describe cuatro categorías. Las formas bacterianas aguda y crónica (NIH I y II) y las formas más prevalentes que no se han podido correlacionar con la presencia de agentes infecciosos (NIH III y IV).

Clasificación def prostatitis del Instituto Nacional de Salud

Categoría I: prostatitis aguda bacteriana
Categoría II: prostatitis crónica bacteriana
Categoría III: prostatitis crónica abacteriana/ síndrome dolor pélvico crónico, que se subdivide en: IIIA (inflamatoria) IIIB (no inflamatoria)
Categoría IV: prostatitis asintomático (diagnóstico histológico o andrológico)

Este articulo hace un énfasis particular en la NIH III, Prostatitis crónica abacteriana / síndrome de dolor pélvico crónico (SDPC), por cuanto esta es la forma más común y la más difícil de diagnosticar y tratar. La categoría IV describe una forma asintomática de la enfermedad, por lo cual es un diagnostico de exclusión, que será tratada de manera breve.

Prevalencia e implicaciones sociales

Se calcula que entre un 5 y 10% de los hombres presentan prostatitis.^{4,5} En un estudio de profesionales de la salud, la incidencia auto reportada de prostatitis fue cercana al 16%⁶ La prostatitis es el diagnóstico más frecuente en la consulta externa en hombres menores de 50 años.⁷ Sin embargo la prostatitis bacteriana representa solo el 5 a 10% de los casos.⁸ Reportes de Asia y Europa muestran estadísticas similares.⁹

La prostatitis crónica tiene un impacto económico alto. En los estados unidos los pacientes que cursan con esta enfermedad tienen gastos directos e indirectos cercanos a 4000 dólares anuales., siendo esta cifra mucho mayor que la de otras enfermedades relacionadas con dolor diagnosticadas con frecuencia.¹⁰

Patogenesis

A pesar de ser este uno de los diagnósticos que con mayor frecuencia se hacen, es poco lo que se sabe de su forma más frecuente, la prostatitis crónica abacteriana/SDPC. Incluso algunos expertos han propuesto que

aun debe probarse que la causa no sea infecciosa o incluso que la causa de la enfermedad este únicamente en la próstata.³

Prostatitis Aguda Bacteriana

La infección de la próstata se da cuando la orina contaminada refluye desde la uretra hacia los ductos intraprostáticos. La mayoría de los agentes son de la familia de las Enterobacterias, principalmente la *Escherichia coli*, *Klebsiella* y *Proteus*. Estas bacterias reflejan el espectro de microorganismos que con frecuencia son causa de uretritis, infección urinaria y otras infecciones genitales profundas. Otros microorganismos que se han documentado incluyen el *Enterococo*, la *Pseudomonas*, y algunos *Estafilococos*. Rara vez se han visto algunos gérmenes gonocócicos.

El evento gatillo de la infección puede ser la instrumentación de la vía urinaria, principalmente cateterismos y cistoscopias. Las estrecheces uretrales, usualmente secundarias usualmente a uretritis gonocócicas, pueden incrementar la probabilidad de que se presente la infección. El riesgo de contraerla es mas alto en pacientes inmunocomprometidos (diabéticos, VIH/SIDA), y también en paciente que cursan con alteraciones neurológicas que afectan el detrusor o la musculatura del piso pélvico. Otros factores de riesgo como el trauma relacionado con el uso de bicicletas, abstinencia sexual o deshidratación no han sido demostrados en estudios controlados.

Prostatitis bacteriana crónica

La diferencia entre esta y la aguda radica en que se sigue aislando la bacteria en el liquido prostático a pesar de haber recibido un tratamiento antimicrobiano apropiado. La bacterias pueden ser cultivadas y localizadas en la próstata, incluso teniendo un uroanálisis de la mitad de la micción normal y urocultivo negativo.

Esta condición no se sospecha usualmente antes de que el paciente presente infecciones urinarias recurrentes, aunque debe tenerse en cuenta que en algunos casos la in-

fección primaria no fue controlada de manera adecuada.

A diferencia de la presente, la prostatitis crónica abacteriana se diagnostica cuando un paciente persiste con disconfort pélvico o genital, con o sin síntomas del tracto urinario inferior, por un periodo mayor de 3 meses, con cultivos de orina negativos.

La prostatitis crónica bacteriana es mas frecuente en hombres mayores de 50 años y debe ser sospechada en casos de infección urinaria recurrente documentada con urocultivo. Los factores de riesgo son similares a los de la prostatitis bacteriana aguda. La instrumentación de la vía urinaria mediante cateterismo o endoscopias es un vector para la colonización bacteriana, pero también pueden generar estrecheces uretrales que causen un reflujo de orina infectada desde la uretra hacia los ductos intraprostáticos. El hallazgo del el mismo germen en el urocultivo con un antibiograma similar, son características de la prostatitis bacteriana crónica.

Prostatitis crónica Abacteriana / SDPC

La fisiopatología de esta enfermedad es un enigma. Las teorías para que se produzca incluyen la presencia de nanobacterias, presiones prostáticas elevadas, disfunción miccional, dissinergia del cuello vesical (entendida como la no relajación del esfínter externo durante la micción), cistitis intersticial masculina, mialgia del piso pélvico, síndrome somático funcional y alteraciones emocionales. Revisaremos lo que se ha dicho hasta el momento.

La presencia o ausencia de células inflamatorias en las secreciones prostáticas diferencia la prostatitis abacteriana crónica en las categorías IIIA (inflamatoria) y IIIB (no inflamatoria). Sin embargo esta distinción se considera histórica, ya que el recuento leucocitario no se ha visto correlacionado con los síntomas, ni con la presencia o ausencia de infección.^{11,12} Mas aun, la relevancia de un conteo leucocitario anormal en las secrecio-

Potts, J., Payne R.E

nes prostáticas es cuestionable ya que se han encontrado conteos anormales en las secreciones de pacientes asintomáticos. En un estudio, 122 hombres asintomáticos fueron sometidos a la realización de un masaje prostático cuando consultaron por elevación del antígeno prostático específico (PSA). De ellos el 42% tuvieron un recuento leucocitario aumentado.¹³

No se ha sido posible confirmar histológicamente una correlación entre inflamación prostática y síntomas. Ha habido un aumento en la prevalencia de inflamación aguda y crónica en especímenes patológicos de próstata. En este momento la tasa de identificación es cercana al 90%. En un estudio de hombres asintomáticos sin historia de prostatitis crónica, la biopsia prostática transrectal realizada por elevación del PSA mostró la presencia de inflamación en el 50% de los casos.¹³ Sin embargo otro estudio que evaluó hombres sintomáticos previamente diagnosticados con prostatitis crónica abacteriana, reveló inflamación solo en el 5% de los casos.^{13,14} La diferencia tan marcada de estos resultados, nos obliga a buscar un foco diferente a la próstata, al evaluar a hombres con síntomas tradicionalmente atribuidos a una próstata infectada.

De igual forma, los estudios microbiológicos no apoyan una etiología infecciosa. No se ha visto una correlación entre la severidad de los síntomas y los resultados de los cultivos para localizar el área de la infección con el test de 4 láminas de Meares-Stamey. (Esta prueba incluye la recolección de muestras secuenciales de orina antes y después del masaje prostático, y de fluido prostático durante el masaje¹⁶.) Un estudio con un número importante de pacientes encontró que era tan probable tener cultivos de localización positivos en los controles normales como en los pacientes con prostatitis crónica, con una incidencia del 8% para ambos grupos¹⁷. Un estudio aleatorizado controlado con placebo mostró que una terapia de seis semanas con Levofloxacin para prostatitis crónica no demuestra ventajas contra en placebo¹⁸, y un

estudio posterior encontró que ni la ciprofloxacina, ni el bloqueo alfa con tamsulosina, ni la combinación de los dos anteriores reducen los síntomas de prostatitis crónica comparados con placebo.¹⁹

Níckel y colaboradores siguieron 100 pacientes con prostatitis crónica durante un año; durante este tiempo recibieron monoterapias con antibióticos, bloqueadores alfa y antiandrógenos.²⁰ Una tercera parte de los pacientes tuvieron una mejoría sintomática modesta, pero solo el 19% de los pacientes tuvieron una mejoría significativa (los pacientes no se subdividieron en las categorías NIH IIIA o B).²⁰ Se puede argumentar que esta tasa de mejoría se podría presentar incluso con placebo; de ahí se desprende entonces la pregunta, ¿Qué estamos tratando realmente?

Prostatitis Asintomática

El diagnóstico de inflamación prostática puede hacerse incluso en pacientes asintomáticos. Estos casos usualmente son diagnosticados en pacientes que consultan por infertilidad o se identifican incidentalmente por hallazgos histológicos en especímenes de biopsia o prostatectomía.

Las evaluaciones iniciales por infertilidad masculina incluyen la exclusión de infecciones del tracto genitourinario, sin embargo en muchos de ellos esta no se documenta. Aun así, se encuentran conteos elevados de leucocitos en el semen (leucocitospermia) o cantidades anormalmente elevadas de especies que reaccionan al oxígeno y estrés oxidativo. Aunque la leucocitospermia es una causa de estrés oxidativo, este se puede encontrar también en ausencia de conteos elevados de leucocitos.²¹

En el segundo escenario, la inflamación aguda y crónica se detecta en especímenes de biopsia, de resección transuretral de próstata, de adenomectomías o de prostatectomía radical. El hallazgo de inflamación no es raro y se ve hasta en el 50% de las biopsias y el 90% de los especímenes de prostatectomía.²²

Como se trata de un hallazgo incidental y no se correlaciona con síntomas, esta forma de prostatitis no se considera clínicamente relevante. Sin embargo los cambios inflamatorios en la arquitectura prostática pueden ser causa de elevación del PSA, que generen la realización de biopsias innecesarias.¹¹ En un estudio , el diagnóstico prospectivo de inflamación previo a la realización de la biopsia mediante el análisis de la secreción prostática (mas de 10 leucocitos por campo de gran aumento), seguido de un ciclo de antibiótico, llevo a la normalización del PSA en el 45% de los pacientes.¹³ Aun no es claro si esta respuesta se dio por el tratamiento de una condición infecciosa subyacente o por una propiedad antiinflamatoria no específica del agente antimicrobiano.

Ha venido creciendo el interés en la teoría de que la inflamación puede ser un precursor de cáncer. Algunos investigadores han notado que algunas de la neoplasias intraepiteliales prostáticas (PIN) de alto grado, y adenocarcinomas tempranos se han desarrollado sobre focos de atrofia inflamatoria proliferativa. Se cree que la inflamación y otros factores ambientales pueden llevar a una destrucción de células epiteliales prostáticas y una proliferación aumentada puede ocurrir como respuesta a esta muerte celular. La disminución de la apoptosis relacionada con este tipo de eventos puede estar relacionada con un aumento de la expresión de Bcl-2, lo cual ha estado implicado en el desarrollo de otras malignidades.²³ Si embargo, todavía no hay datos que indiquen un aumento en el diagnóstico de cáncer de próstata en pacientes que hubieran sido diagnosticados previamente con prostatitis.

Adicionalmente , una revisión de datos epidemiológicos ha encontrado que la prostatitis y las enfermedades de transmisión sexual se han correlacionado con un riesgo mayor de desarrollar cáncer, al tiempo que el uso de antiinflamatorios y antioxidantes se correlaciona con una disminución en los casos de la enfermedad.²⁴

Síntomas

Prostatitis Bacteriana Aguda: fiebre y síntomas urinarios severos

Los pacientes que se presentan con prostatitis bacteriana aguda usualmente consultan con fiebre y sufriendo de síntomas urinarios severos, principalmente disuria , urgencia, vacilación y poliaquiuria. En algunos momentos la inflamación prostática en tan severa que puede haber retención urinaria. La hematuria macroscópica es frecuente.

Prostatitis Bacteriana crónica: períodos asintomáticos entre episodios de infección urinaria

Los hombres con prostatitis bacteriana crónica suelen tener episodios de infección urinaria, con periodos intercríticos asintomáticos. Sin embargo el microorganismo puede ser aislado en la próstata. Los episodios de infección pueden acompañarse se síntomas urinarios leves, pero en ocasiones estos pueden ser severos y encontrarse en compañía de una sepsis de origen urinario. Por este motivo los pacientes con prostatitis bacteriana crónica pueden cursar con episodios de prostatitis aguda e infecciones urinarias recurrentes.

Prostatitis Abacteriana crónica/SDPC

Piense más allá de la próstata

Los pacientes que sufren de prostatitis crónica abacteriana pueden cursar con síntomas obstructivos. Kaplan y sus colaboradores demostraron que algunos pacientes con disfunción miccional comprobada urodinámicamente, pueden tener diagnósticos equivocados de prostatitis.²⁵ Otros investigadores han demostrado la presencia de alteraciones urodinámicas como la dissinergia detrusor esfínter, definida como la falta de relajación del esfínter externo en el momento en que el detrusor se contrae durante la micción.^{26,27} Aunque la evaluación urodinámica ha revelado casos de disfunción miccional previamente diagnosticados como prostatitis, el clínico

Potts, J., Payne R.E

también debe considerar estos hallazgos como un componente del recientemente redefinido SDPC.

Evaluación

Prostatitis bacteriana aguda:

El examen es revelador; la infección es identificada.

El examen y la historia clínica son muy reveladores en la prostatitis bacteriana aguda. Al tacto rectal se identifica una próstata blanda y aumentada de tamaño. Si el examen no se hace suavemente suele ser muy doloroso e incluso aumenta el riesgo de bacteremia. Si la glándula está muy aumentada de tamaño y al examen abdominal se logra palpar la vejiga se debe considerar una retención urinaria secundaria a la hiperplasia prostática benigna. La infección es identificada, al encontrarse piuria y microorganismos en el uroanálisis. La infección del tracto urinario superior se puede distinguir de la prostatitis, ya que en el segundo caso no se suele encontrar dolor en la región lumbar y es frecuente ver síntomas urinarios. Siempre se debe realizar un hemocultivo para descartar la presencia de bacteremia.

No se recomienda la toma de PSA, a no ser que tengan hallazgos anormales como un nódulo en el tacto rectal. La prostatitis aguda puede elevar el PSA, el cual no suele volver a la normalidad sino hasta un mes después de terminar la antibioticoterapia.

Una de las complicaciones más graves de la prostatitis es la formación de abscesos. Teniendo en cuenta que la cateterización de la uretra aumenta el riesgo de formación de abscesos, se recomienda la derivación por cistotomía suprapúbica en casos de retención urinaria. Los abscesos pueden ser palpables mediante la realización del tacto rectal, pero típicamente se diagnostican con tomografía axial computarizada en aquellos pacientes con síntomas persistentes o fiebre.

La ecografía transrectal no hace parte del diagnóstico de rutina de la prostatitis.²⁹

Prostatitis bacteriana crónica:

Confirmar con cultivos de localización

El diagnóstico de la prostatitis bacteriana crónica requiere de cultivos de localización de secreciones prostáticas obtenidas mediante masaje. (Fig 1), tales como la prueba de 4 vasos de Meares- Stamey.¹⁶ Una forma simplificada de hacer esta prueba es la prueba "Pre y Post masaje" (prueba de dos vasos) popularizada por Nickel.³⁰ Esta incluye cultivo de la mitad de la micción previo al masaje prostático y la prueba posterior al masaje (típicamente se obtienen 10ml); la prueba se considera positiva si hay crecimiento de un microorganismo en la prueba pos-masaje, aun si la prueba de la mitad de la micción es estéril. La prueba de los dos vasos tiene una sensibilidad y especificidad de 91%.³⁰ dado el riesgo de una posible contaminación los resultados deben ser interpretados con precaución y se debe considerar repetir los cultivos si es clínicamente posible.

La evaluación para causas subyacentes es apropiada y las indicaciones para la misma son similares a la bacteriana aguda.

Prostatitis abacteriana crónica/SDPC:

Siga pensando más allá de la próstata

La evaluación del paciente con sospecha de SDPC debe descartar los factores de riesgo para prostatitis bacteriana, trauma antiguo o reciente, enfermedad de transmisión sexual e inflamación inducida por instrumentación.

Historia. Interroga al paciente sobre su ocupación con el fin de identificar algunas labores que puedan afectar la región lumbar y extremidades inferiores como por ejemplo largas jornadas de escritorio, conducción de vehículos o actividad física pesada. Interroga sobre rutinas de ejercicio que le puedan revelar alguna técnica inapropiada dura te el levantamiento de peso y técnicas inadecuadas de calentamiento o estiramiento.

Otros hallazgos de la historia o examen físico también pueden reafirmar las múltiples facetas del SDPC como por ejemplo el dis-

comfort abdominal o pélvico migratorio, la vacilación, alteraciones en el hábito intestinal y no relajación del esfínter anal. Los coloproctólogos han observado síntomas similares (dolor en el periné, sensación de llenura, presión o la sensación de “sentarse en una bola de golf”) entre hombres y mujeres que han sido diagnosticados con coccigonidea o síndrome del elevador del ano.³¹

Una historia psicosocial debe incluir una revisión por sistemas para revelar posibles síndromes somáticos funcionales, como por ejemplo el estrés psicológico que es frecuente en hombres con prostatitis³². En algunos casos debe considerarse una evaluación psicológica completa.

Examen físico. En el examen físico debe prestarse especial atención la región lumbar, abdomen y genitales. Si hay dolor en el cuadrante inferior izquierdo debe considerarse la enfermedad diverticular. Debe hacerse una evaluación de piso pélvico externo e interno; para la evaluación interna ubique al paciente en posición de litotomía para que pueda evaluar la musculatura estriada del piso pélvico mediante un tacto rectal.

La retención urinaria puede descartarse mediante palpación o percusión del abdomen con confirmación mediante ecografía.

El esfínter anal debe ser examinado para descartar la presencia de fisuras, estenosis o espasticidad. (Ver Figura 1)

Considere dolor miofascial. Varios síndromes dolorosos, particularmente aquellos de la pelvis han sido descritos como síndrome de dolor miofascial. Los músculos que tienen un punto gatillo miofascial presentan una respuesta excesiva, una relajación demorada, espasmos referidos e inhibición. Algunos pacientes pueden tener asociados una disfunción autonómica (similar a la espasticidad intestinal inexplicada o al síndrome urgencia/frecuencia urinaria). Las contracciones dolorosas y el dolor referido también son características de alteraciones con punto gatillo miofascial.³³

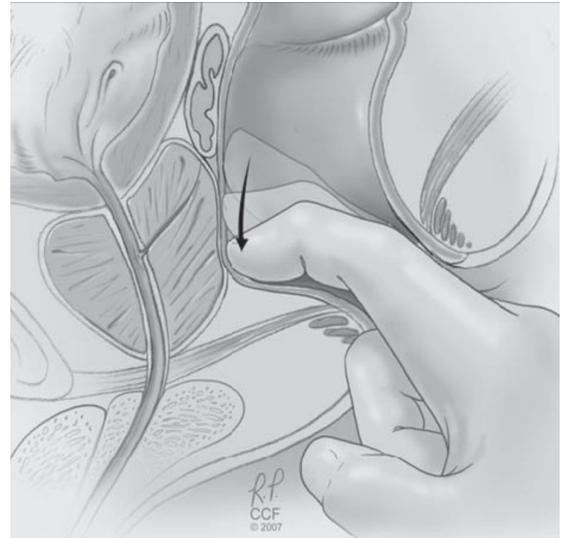


Figura 1. Técnica para masaje prostático para obtener secreción prostática en la evaluación para prostatitis crónica bacteriana. Se hace una presión digital leve en la próstata a lo largo del lóbulo durante 1 minuto. Dos o tres minutos después del masaje algunas gotas de secreción prostática deben ser secretadas por la uretra. Estas secreciones al igual que los primeros 10 cc de orina luego del masaje representan el ambiente microbiológico prostático.

Algunos examinadores muy sensibles pueden detectar bandas tensas pequeños nódulos e incluso respuestas tipo «tirón» en los grupos musculares afectados. Aunque esta pareciera ser una tarea difícil, los médicos pueden empezar a aprender sobre ellas consultando el manual de Travell y Simona.³³ La experticia en estas técnicas requieren un interés especial y práctica por parte del médico tratante.

Diagnóstico diferencial

Como se mencionó arriba el diagnóstico diferencial de la prostatitis bacteriana aguda incluye la retención urinaria secundaria a hiperplasia prostática benigna y la infección del tracto urinario superior. La infección de vías urinarias también aparece común diagnóstico diferencial de la prostatitis crónica bacteriana, lo cual explica la importancia de los cultivos de localización.

El diagnóstico diferencial de la prostatitis crónica abacteriana/SDPC es más exhaustiva

va como se menciona en la tabla 1, pero empieza con un uroanálisis y cultivos de localización para descartar la presencia de infección. Ver Tabla 1

Tabla 1.

Diagnóstico diferencial de la prostatitis crónica bacteriana/síndrome dolor pélvico crónico

Infección: enfermedad de transmisión sexual, prostatitis crónica bacteriana, infección por hongos.
Gastrointestinal: apendicitis, diverticulitis, estreñimiento, fisuras anales, hemorroides.
Defectos de la pared abdominal; hernias inguinales o eventuales, puntos gatillos miofasciales.
Musculo esquelético: neoplasias (primarias o metastásicas), degeneración articular en caderas, sacroileitis.
Neurológicas: hernia discal torácica, baja o lumbar, estenosis lumbar, enfermedad de Parkinson, cistopatía diabética, enfermedad desmielinizante.
Urológico: cálculos renales, varicocele, epididimitis, tumor testicular, cistitis intersticial.

Tratamiento

Prostatitis Bacteriana Aguda: Empezar con antibióticos intravenosos de amplio espectro.

Todo paciente con inestabilidad hemodinámica, sepsis o dolor de difícil manejo debe ser hospitalizado. Otras indicaciones de hospitalización son pacientes inmunocomprometidos, diabetes, historia o evidencia de falla renal y pobre soporte social.

El tratamiento deber ser iniciado utilizando antibióticos de amplio espectro similares a los utilizados a los protocolos para infección urinaria febril. La ampicilina (o eritromicina en pacientes alérgicos a las penicilinas) y la gentamicina son dados por vía intravenosa mientras un cultivo confirma la presencia del organismo y su susceptibilidad, lo cual permitirá una antibioticoterapia mas específica y un cambio mas temprano a medicación oral. Usualmente la fiebre cede y los síntomas urinarios mejora 2 a 6 días después del inicio de la terapia.

El paciente hospitalizado puede recibir medicación oral una vez complete 24 a 48 horas afebril y sus cultivos sean negativos. Las quinolonas por vía oral son el tratamiento de elección en muchos casos. En hombres por lo demás sanos las quinolonas pueden darse por vía oral como terapia inicial y definitiva. Las bases débiles como el trimetoprim no se concentra bien en ambientes alcalinos como el líquido seminal especialmente durante los episodios de infección, pero como las quinolonas no son ni ácidos puros ni bases sus concentraciones en el tejido prostático se comparan favorablemente con aquellas del plasma³⁴

La escogencia de terapia antibiótica para prostatitis secundaria a infección por enterococo puede variar y debe ser definida según el antibiograma.

La duración de la terapia varía en la literatura entre un mínimo de 2 semanas y un máximo de 6 semanas. En nuestra práctica nosotros consideramos 4 semanas como una duración apropiada. Sin embargo, cuando la susceptibilidad del microorganismo requiere que se usen antibióticos diferentes a quinolonas y macrólidos utilizamos un régimen de 6 semanas.

Recomendamos además evitar cualquier medicamento analgésico que pueda causar estreñimiento o empeorar la retención.

En casos de absceso prostáticos usualmente se requiere el drenaje quirúrgico asociado a ciclos largos de antibiótico. En caso de que allá microabscesos hay evidencia de resolución sin necesidad de drenaje quirúrgico. El seguimiento se debe hacer con tomografía.

Prostatitis crónica Bacteriana: Establezca el tratamiento según cultivo y antibiograma

Para la prostatitis crónica bacteriana el tratamiento deberá consistir en un régimen de entre 2 y cuatro semanas de los antibióticos apropiados según el cultivo y el antibiograma, y cultivo de localización.

En el único estudio para prostatitis crónica bacteriana con seguimiento a largo plazo,

se administro ciprofloxacina por cuatro semanas a los hombres con cultivos de localización positiva para E.coli.³⁵ tres meses después del tratamiento 92% de los pacientes se consideraron curados lo cual se demostraba por cultivos de secreción prostática negativos y ausencia de síntomas. 24 meses después de la terapia 80% de los pacientes persistieron asintomáticos y con cultivos negativos.

La terapia de supresión deben considerarse en pacientes con 3 o mas recurrencias al año. Esta terapia se debe hacer prescribiendo un cuarto o la mitad de la dosis al acostarse con antibióticos como trimetoprim-sulfametoxazol, trimetoprim, tetraciclina, amoxicilina, nitrofurantoína.

En ocasiones hemos hincado terapia de supresión incluso con menos de tres episodios al año cuando las crisis son muy graves, esta táctica amerita una consideración especial en aquellos pacientes cuyas comorbilidades pueden llevar a una demora en el diagnóstico y tratamiento, o en aquellos que presentan una progresión rápida a urosepsis, como en aquellos diabéticos o inmunocomprometidos. También recientemente hemos implementado terapia de supresión en pacientes que requieren un uso continuo de warfarina ya que ciclos de dos o cuatro semanas de antibiótico pueden potencialmente elevar el tiempo de protrombina y el INR mas allá de niveles terapéuticos, requiriendo un monitoreo estricto y titulaciones frecuentes de las dosis de warfarina.

Prostatitis crónica abacteriana/SDPC

Principios generales. El manejo de estos pacientes debe ser guiado por los siguientes principios:

- Se debe evitar el uso de antibióticos en pacientes afebriles y con uroanálisis normal.
- Un ciclo corto de anti-inflamatorios puede considerarse mientras sale los cultivos de localización. No hay evidencia que permita decir que haya un anti-inflamatorio superior a otro.

- Se puede considerar el uso de alfabloqueadores, aunque la efectividad de esta terapia no es clara a la luz de los hallazgos de seis estudios aleatorizados controlados con placebo que incluyeron 386 pacientes con esta enfermedad.³⁶ Mientras que cuatro de estos seis estudios mostraron una mejoría estadísticamente significativa en los cuestionarios de síntomas con los alfa-bloqueadores, dos de ellos no demostraron mejoría en la calidad de vida. De ellos uno no mostró diferencia entre el bloqueo alfa y el placebo y el otro tuvo deficiencias metodológicas. Los autores notaron que estos estudios utilizaron diferentes alfa-bloqueadores y no tuvieron uniformidad en cómo definieron un cambio significativo.³⁶ Los alfabloqueadores pueden tener efecto debido a los diferentes sitios de acción lo que podría influir en mejoría en algunos síntomas relacionados con receptores a nivel de vejiga y medula espinal.
- Deben tenerse en cuenta los factores agravantes como estrés, factores neuromusculares y otros síndromes.
- Es útil identificar un equipo de fisioterapeutas que se especialicen en síndromes de dolor miofascial.
- Es útil identificar o establecer un equipo de fisioterapeutas y trabajadores sociales que interroguen sobre eventos estresantes en la vida y ofrezcan terapias de relajación.

Opciones de tratamiento “por fuera de la próstata”. En general los pacientes con prostatitis crónica abacteriana/SDPC que son evaluados a conciencia y a quines se les ofrecen tratamiento no centrados en la próstata Seleno tener un manejo mas apropiado. Las estrategias de manejo son las siguientes:

- Terapia Física
- Terapia para liberación de puntos gatillos miofasciales, que incluyen una compresión y masajes metódicos a

puntos gatillo en los músculos elevador, obturador, aductor y glúteo o en la pared abdominal.

- Técnicas de relajación incluyendo una terapia de relajación paradójica en donde se instruye al paciente a pausar su respiración según su frecuencia cardíaca y suele ser enseñada por un psicólogo o especialista en biofeedback.
- Masajes de Thiele, que incluyen manipulación digital interna de los músculos del piso pélvico paralelos a la orientación del músculo.³¹

Estas terapias alternativas pueden ser consideradas solo después de una evaluación apropiada y de haber considerado otras alteraciones que afecten la musculatura del piso pélvico.

Desde hace mucho tiempo, la mialgia del piso pélvico se ha considerado como una posible causa de prostatitis.³⁷ pero solo hasta ahora esto ha sido estudiado por Urólogos. Utilizando un componente neuroconductual y una perspectiva de punto gatillo miofascial, algunos investigadores de la Universidad de Standford estudiaron 138 hombres que eran refractarios a la terapia tradicional.³⁸ Todos los pacientes recibieron por los menos 1 mes de terapia de liberación del punto gatillo miofascial del piso pélvico combinada con terapia de relajación paradójica y luego se evaluaron con la encuesta de dolor del piso pélvico y el índice de síntomas de prostatitis crónica de la NIH.

Con estas medidas 72% de los pacientes demostraron mejoría. El análisis de este estudio de casos indica que la combinación de estas dos terapias se constituye en un enfoque terapéutico efectivo para esta patología. Estos resultados además ayudan a disipar la creencia de que hay una etiología bacteriana o una condición puramente prostática.

Tasas de respuesta similares se vieron cuando la terapia de relajación del punto gatillo miofascial fue indicada en pacientes principalmente mujeres diagnosticada con

cistitis intersticial.³⁹ De 42 pacientes tratados el 82% refirieron mejoría moderada o importante. La disminución de la urgencia y frecuencia urinarias, y el dolor pélvico se atribuyeron a una disminución de la hipertonia del piso pélvico.³⁹

La cistitis intersticial y la prostatitis comparten muchas características: el dolor pélvico y/o genital crónicos, los síntomas urinarios, la disfunción sexual y la reducción de la calidad de vida. Igual que con la prostatitis y la SDPC, el abordaje para el manejo de la cistitis intersticial ha cambiado en los últimos años u en años recientes se ha considerado como un síndrome de vejiga dolorosa.

En el momento el NIH esta apoyando la investigación de la terapia física y la liberación del punto gatillo miofascial en pacientes tanto con prostatitis crónica/ SDPC como cistitis intersticial/ síndrome de vejiga dolorosa.

Se debería enfocar el tratamiento a un síndrome somático oculto? Los pacientes con prostatitis crónica bacteriana/SDPC requieren de una alta inversión económica con algunos costos no relacionados con la prostatitis. Pude ser que estos pacientes sean más susceptibles a comorbilidades. Un estudio retrospectivo de hombres con prostatitis crónica bacteriana encontró que el 45% de ellos tenían alteraciones psicológicas y el 65% cumplían con los criterios para otros síndromes somáticos funcionales como fibromialgia, síndrome intestino irritable y síndrome de fatiga crónica.⁴⁰ esta es una observación dramática si se tiene en cuenta que la prevalencia de síndromes somáticos funcionales en la población general se estima mucho mas baja (mayor del 4%)⁴¹

De igual forma un estudio comparativo con 127 gemelos con síndrome de fatiga crónica y su gemelo no fatigado encontró que la prevalencia de alteraciones como la fibromialgia, enfermedad inflamatoria intestinal, prostatitis crónica abacteriana, dolor pélvico y cistitis intersticial fue mucho mas alta en el gemelo crónicamente fatigado.⁴²

En otro estudio los pacientes con cistitis intersticial eran 100 veces más susceptibles que la población general a tener enfermedad inflamatoria intestinal, 30 veces más susceptible de tener lupus y también con mayor probabilidad de tener fibromialgia, síndrome intestino irritable y alergias.⁴³

Seguimiento apropiado

Una única recurrencia de infección de vías urinarias en un hombre es sospechosa para prostatitis bacteriana y como tal requiere exámenes adicionales. Las indicaciones APRA estudio del tracto urinario superior dependen de la historia del paciente, de cirugía o cálculos renales y en la persistencia de hematuria microscópica luego del tratamiento.

La evaluación del tracto urinario inferior con cistoscopia se recomienda en aquellos pacientes con infección recurrente o en aquellos con hematuria aunque sea microscópica, si esta persiste luego del tratamiento. Este examen es útil para identificar alteraciones que se puedan corregir para prevenir recurrencias o para descartar la presencia de otras patologías como tumores de vejiga, estrecheces uretrales, litiasis vesical o divertículos.

El adecuado vaciamiento vesical también se debe documentar con ecografía.

Recomendamos seguimiento cada 3 a 6 meses para evaluar la progresión del paciente. Es muy importante el compromiso del paciente con su tratamiento.

Cuando referir

Las indicaciones para referencia esta citadas en la tabla 2. En general como la prostatitis crónica es una enfermedad recurrente y difícil de manejar la referencia de casos crónicos a un Urólogo debe ser considerada. Es importante buscar un Urólogo que este interesado y que se especialice en el tema al igual que buscar fisioterapeutas que manejen la rehabilitación del piso pélvico y los síndromes de dolor miofascial. Por el estrés asociado con los síntomas de prostatitis crónica y la tendencia de estos pacientes a exagerar sus síntomas

y su situación se debe considerar la remisión a psicología. Ver Tabla 2

Tabla 2
Indicaciones para referencia de pacientes con historia de prostatitis

Infeción recurrente
Historia de Urosepsis
Infeción asociada con hematuria macroscópica
Persistencia de hematuria microscópica a pesar de tratamiento
Leucocituria sin bacteriuria
Alteración en examen testicular
Retención urinaria
Alteración en tacto rectal
Fiebre persistente o sudoración nocturna

Agradecemos al Dr. Carlos Gustavo Trujillo por la traducción al español de este artículo

Referencias

- Shoskes DA, Landis JR, Wang Y, et al. Impact of post-ejaculatory pain in men with category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2004; 172:542-547.
- Sadeghi-Nejad H, Seftel A. Sexual dysfunction and prostatitis. *Curr Urol Rep* 2006; 7:479-484.
- Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis [letter]. *JAMA* 1999; 281:236-237.
- Roberts RO, Lieber MM, Rhodes T, et al. Prevalence of a physician assigned diagnosis of prostatitis: the Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. *Urology* 1998; 51:578-584.
- Moon TD. Questionnaire survey of urologists and primary care physicians' diagnostic and treatment practices for prostatitis. *Urology* 1997; 50:543-547.
- Collins MM, Meigs JB, Barry MJ, Walker Corkery E, Giovannucci E, Kawachi I. Prevalence and correlates of prostatitis in the health professionals follow-up study cohort. *J Urol* 2002; 167:1363-1366.
- Nickel JC, Downey J, Hunter D, Clark J. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population based study using the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index. *J Urol* 2001; 165:842-845.
- de la Rosette JJ, Hubregtse MR, Meuleman EJ, Stolk-Engelaar MV, Debruyne FM. Diagnosis and treatment of 409 patients with prostatitis syndrome. *Urology* 1993; 41:301-307.
- Krieger JN, Riley DE, Cheah PY, Liang ML, Yuen KH. Epidemiology of prostatitis: new evidence for a worldwide problem. *World J Urol* 2003; 21:70-74.
- Calhoun EA, McNaughton Collins M, Pontari MA, et al. The economic impact of chronic prostatitis. *Arch Intern Med* 2004; 164:1231-1236.

11. Krieger JN, Ross SO, Riley DE. Chronic prostatitis: epidemiology and role of infection. *Urology* 2002; 60(6 Suppl):8-12; discussion 13.
12. Nickel JC, Alexander R, Anderson R, et al. Prostatitis unplugged? Prostatic massage revisited. *Tech Urol* 1999; 5:1-7.
13. Potts JM. Prospective identification of National Institutes of Health category IV prostatitis in men with elevated prostate specific antigen. *J Urol* 2000; 164:1550-1553.
14. True LD, Berger RE, Rothman I, Ross SO, Krieger JN. Prostate histopathology and the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective biopsy study. *J Urol* 1999; 162:2014-2018.
15. Schaeffer AJ, Knauss JS, Landis JR, et al. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study. *J Urol* 2002; 168:1048-1053.
16. Meares EM, Stamey TA. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Invest Urol* 1968; 5:492-518.
17. Nickel JC, Alexander RB, Schaeffer AJ, et al. Leukocytes and bacteria in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome compared to asymptomatic controls. *J Urol* 2003; 170:818-822.
18. Nickel JC, Downey J, Clark J, et al. Levofloxacin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: a randomized placebocontrolled multicenter trial. *Urology* 2003; 62:614-617.
19. Alexander RB, Propert KJ, Schaeffer AJ, et al. Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind trial. *Ann Intern Med* 2004; 141:581-589.
20. Nickel JC, Downey J, Ardern D, Clark J, Nickel K. Failure of a monotherapy strategy for difficult chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2004; 172:551-554.
21. Potts JM, Sharma R, Pasqualotto F, Nelson D, Hall G, Agarwa A. Association of ureaplasma urealyticum with abnormal reactive oxygen species levels and absence of leukocytospermia. *J Urol* 2000; 163:1775-1778.
22. Kohnen PW, Drach GW. Patterns of inflammation in prostatic hyperplasia: a histologic and bacteriologic study. *J Urol* 1979; 121:755-760.
23. De Marzo AM, Meeker AK, Zha S, et al. Human prostate cancer precursors and pathobiology. *Urology* 2003; 62(5 Suppl 1):55-62.
24. Nelson WG, De Marzo AM, DeWeese TL, Isaacs WB. The role of inflammation in the pathogenesis of prostate cancer. *J Urol* 2004; 172(5 Pt 2):S6-S11; discussion S11-S12.
25. Kaplan SA, Te AE, Jacobs BZ. Urodynamic evidence of vesica neck obstruction in men with misdiagnosed chronic nonbacterial prostatitis and the therapeutic role of endoscopic incision of the bladder neck. *J Urol* 1994; 152:2063-2065.
26. Kaplan SA, Ikeguchi EF, Santarosa RP, et al. Etiology of voiding dysfunction in men less than 50 years of age. *Urology* 1996; 47:836-839.
27. Zermann D-H, Ishigooka M, Doggweiler R, Schmidt RA. Chronic prostatitis: a myofascial pain syndrome? *Infect Urol* 1999; 12:84-92.
28. Game X, Vincendeau S, Palascak R, Milcent S, Fournier R, Houlgatte A. Total and free serum prostate specific antigen levels during the first month of acute prostatitis. *Eur Urol* 2003; 43:702-705.
29. Horcajada JP, Vilana R, Moreno-Martinez A, et al. Transrectal prostatic ultrasonography in acute bacterial prostatitis: findings and clinical implications. *Scand J Infect Dis* 2003; 35:114-120.
30. Nickel JC. The Pre and Post Massage Test (PPMT): a simple screen for prostatitis. *Tech Urol* 1997; 3:38-43.
31. Thiele GH. Coccygodynia: cause and treatment. *Dis Colon Rectum* 1963; 6:422-436.
32. Mehik A, Hellstrom P, Sarpola A, Lukkarinen O, Jarvelin MR. Fears, sexual disturbances and personality features in men with prostatitis: a population-based cross-sectional study in Finland. *BJU Int* 2001; 88:35-38.
33. Travell JG, Simons DG. *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 1998.
34. Wagenlehner FM, Naber KG. Prostatitis: the role of antibiotic treatment. *World J Urol* 2003; 21:105-108.
35. Weidner W, Ludwig M, Braehler E, Schiefer HG. Outcome of antibiotic therapy with ciprofloxacin in chronic bacterial prostatitis. *Drugs* 1999; 58(Suppl 2):103-106.
36. Mishra VC, Browne J, Emberton M. Role of alpha-blockers in type III prostatitis: a systematic review of the literature. *J Urol* 2007; 177:25-30.
37. Segura JW, Opitz JL, Greene LF. Prostatosis, prostatitis or pelvic floor tension myalgia? *J Urol* 1979; 122:168-169.
38. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan C. Integration of myofascial trigger point release and paradoxical relaxation training treatment of chronic pelvic pain in men. *J Urol* 2005; 174:155-160.
39. Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol* 2001; 166:2226-2231.
40. Potts JM, Moritz N, Everson D, Nelson D, Lakin M. Chronic abacterial prostatitis: a functional somatic syndrome? [abstract] Presented at: Annual Meeting of the American Urological Association; June 2, 2001; Anaheim, CA. Abstract 2005126.
41. Bass C, May S. Chronic multiple functional somatic symptoms. *BMJ* 2002; 325:323-326.
42. Aaron LA, Herrell R, Ashton S, et al. Comorbid clinical conditions in chronic fatigue: a co-twin control study. *J Gen Intern Med* 2001; 16:24-31.
43. Alagiri M, Chottiner S, Ratner V, Slade D, Hanno PM. Interstitial cystitis: unexplained associations with other chronic disease and pain syndromes. *Urology* 1997; 49(5A Suppl):52-57.
44. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354:936-939.