

PROSTATITIS (Parte I)

* Dr. Jorge Aguilar Benavides
 * Dra. Gilka Rocha Mercado
 * Dra. Magaly Céspedes Alcocer
 ** Dr. Juan Max Gonzales Gallegos

* Médicos Familiares. Pol. Central CNS
 ** Residente III Medicina Familiar

La Prostatitis es uno de los problemas urológicos más comunes y frecuentes. Cerca del 50% de los hombres experimentan un episodio de prostatitis una vez en la vida. Debido a que la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), el Cáncer de Próstata (CP) y la Prostatitis Crónica Abacteriana (PCA) pueden coexistir, es difícil distinguir entre estas entidades ⁽⁴⁾.

I. DEFINICIÓN:

Existen varias definiciones de Prostatitis entre las más reconocidas mencionamos a las siguientes: Inflamación de la próstata, la cual puede ser de origen bacteriano, no bacteriano, o tratarse de una prostatodinia. ⁽⁴⁾

Tradicionalmente se la caracteriza por la inflamación o infección de la glándula prostática en asociación a la presencia de leucocitos en secreción prostática exprimida (SPE), con o sin presencia de bacterias. ⁽¹⁰⁾

II. EPIDEMIOLOGÍA:

Es una patología de importante incidencia y con grandes repercusiones económicas por el número de consultas médicas que genera y por los costos de los estudios y tratamientos ordenados. Entre 1990 y 1996, se realizaron en Estados Unidos dos millones de diagnósticos de prostatitis por año, que corresponden al 8% de las consultas de urología y al 1% de las consultas de medicina

general. Se practicaron en el mismo periodo cuatro millones de consultas por H.P.B. ⁽⁶⁾

En nuestro medio no existen estadísticas serias sobre la prevalencia de la Prostatitis aguda o crónica y el sub-registro que se puede generar en el área rural es muy importante, tanto por sub-diagnóstico como por la falta de acceso a los servicios de salud.

III. CLASIFICACION:

Existen varias clasificaciones protocolizadas y reconocidas (ver tabla.1 y tabla. 2) una es de la MSSV (Medical Society for the Study of Venereal Diseases) Sociedad Médica para el Estudio de Enfermedades Venereas, del año 2001 y otra más antigua de la NIDDK (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) / National Institute of Health (USA)) Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales dependiente del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos generada el año de 1995. Ambas clasificaciones engloban a la prostatitis aguda, a la Prostatitis crónica bacteriana, Prostatitis crónica abacteriana y a la prostatodinia. La diferencia básica es la tipificación que la clasificación de la NIDDK en cuatro tipos.

Nos parece más didáctica la clasificación de la MSSV y más aplicable al medio, sin olvidar la necesidad de utilizar la SPE para afinar dicha la clasificación.

Tabla 1. Clasificación de la Prostatitis según el Sistema Clásico y el propuesto por el NIH⁽⁶⁾

| Sistema Clásico ⁽⁵⁾ | Propuesto por NIH ⁽¹²⁾ |
|-----------------------------------|---|
| Prostatitis Aguda | I Prostatitis aguda |
| Prostatitis Crónica Bacteriana | II Prostatitis Crónica Bacteriana |
| Prostatitis Crónica No Bacteriana | IIIa Prostatitis Crónica No Bacteriana / Dolor pélvico Crónico. Síndrome Inflamatorio. |
| Prostatodinia | IIIb Prostatitis Crónica No Bacteriana / Dolor pélvico Crónico. Síndrome No Inflamatorio. |
| -- | IV Prostatitis Asintomática. |

Tabla 2: Clasificaciones de Prostatitis MSSV y NIDDK (2,3,4,8,11)

| MSSV ² , 2001 | NIDDK ³ , 1995 |
|---|---|
| Prostatitis Aguda | Tipo I. Prostatitis Aguda (Infección Aguda de la Próstata) |
| Prostatitis Crónica Bacteriana | Tipo II. Prostatitis Crónica Bacteriana (Infección recurrente de la próstata) |
| Prostatitis Crónica Abacteriana (Dolor Pélvico Crónico) - Con Inflamación - Sin Inflamación | Tipo III. Prostatitis Crónica Abacteriana (Infección no demostrada) - Tipo IIIA. Inflamatoria (leucocitos en secreción prostática, semen o en orina post masaje prostático) - Tipo IIIB. No Inflamatoria (No leucocitos en secreción prostática, semen o en orina post masaje prostático) |
| Prostatodinia | Tipo IV. Prostatitis Inflamatoria Asintomática (No sintomatología. Detectada en biopsia prostática o presencia de leucocitos en secreción prostática o semen por otros estudios) |

Adaptado de: Medical Society for the Study of Venereal Diseases (MSSVD), 2001⁽²⁾
National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) / National Institute of Health (USA) 1995⁽³⁾.

IV. MANIFESTACIONES CLINICAS: En la Tabla 3 exponemos la clasificación sindrómica que Broke Huffman⁽¹⁾, que nos muestra como valorar los distintos síndromes de Prostatitis en base a cuadro clínico y la edad, los datos que nos puede brindar el tacto rectal, la presencia o ausencia de leucocitos en SPE, el diagnóstico microbiológico y la respuesta al tratamiento antimicrobiano.

Síndromes de Prostatitis: (Tabla 3.) Las infecciones protáticas son el resultado de infección uretral ascendente o colonización, reflujo de orina infectada o extensión/invasión directa o diseminación linfática/hematógena de la flora rectal.⁽¹³⁾

Tabla 3. Principales características de los Síndromes de Prostatitis (1,4,6)

| Síndrome | Cuadro clínico (Edad más frecuente) | Tacto Rectal | Leucocitos secreción prostática exprimida | Cultivo | Respuesta Antibiótico |
|------------------------------------|--|------------------------------|---|----------|-----------------------|
| Prostatitis aguda | Aguda (40-60 años) | Dolor, calor | Prueba contraindicada | Negativo | Rápida |
| Crónica bacteriana | Infección recurrente (50-80 años) | Próstata Aumentada de tamaño | Siempre | Positivo | Lenta |
| Crónica abacteriana (inflamatoria) | Disconfort genitourinario (30-50 años) | Variable | Siempre | Negativo | Ocasional |
| Prostatodinia | Dolor (30-40 años) | Normal | Raro | Negativo | No |

Extraído de: Broke Huffman G. Characteristics of the Major Types of Prostatitis. Am Fam Physician, 1999. (Lipsky BA. Prostatitis and urinary tract infection in men: what's new; what's true? Am J Med March 1999;106: 327-34.

La primera parte de esta revisión esta destinada a la Prostatitis aguda, en la segunda parte nos encargaremos de la revisión de la Prostatitis crónica bacteriana y la prostatitis crónica abacteriana y Prostatodinia.

A. PROSTATITIS AGUDA:

La Prostatitis Aguda bacteriana (PAB) es quizás considerada como un subtipo de infección del tracto urinario. Dos son las etiologías propuestas. La Primera es el reflujo de orina infectada que entra al tejido de la glándula prostática vía los conductos eyaculadores y los ductos prostáticos. El segundo es por vía ascendente de una infección uretral desde el meato urinario, particularmente relacionada durante el acto sexual.^(4,6) Los microorganismos causantes son primordialmente Gram-negativos, bacterias coliformes. Entre los más comunes mencionamos a la *Escherichia coli*. Otras especies frecuentes son Klebsiella, Proteus, Enterococo y Pseudomonas. En ocasiones, los cultivos muestran crecimiento de *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus faecalis*, Chlamydia^(9,14) o anaerobios como especies de Bacteriodes.^(5,6)

En pacientes inmunodeprimidos se ha observado infección micótica⁽¹³⁾

A.1 Clínica: . El inicio es brusco con síntomas de compromiso general, fiebre, escalofríos. Los síntomas urinarios incluyen el inicio brusco de disuria y síntomas obstructivos.⁽¹³⁾ La historia clínica (síndrome miccional, dolor lumbar o perineal) junto a la exploración física (próstata caliente y dolorosa) nos llevarán al diagnóstico de presunción de prostatitis Aguda.⁽⁴⁾

A.2 Criterios Diagnósticos de la Prostatitis Aguda^(4,11)

El diagnóstico de la prostatitis aguda se fundamenta en tres pilares:

- **Cuadro clínico.** Valorar otras causas de disuria en varones.
- **Tacto rectal:** El masaje Prostático. Debe de ser muy cuidadoso y no debe realizarse en los pacientes con prostatitis aguda bacteriana. Este procedimiento sería sumamente doloroso, puede precipitar bacteremia y es probable que su beneficio sea pequeño puesto que podemos aislar muy frecuentemente al germen patógeno de una muestra de orina.
- **Pruebas complementarias:**
 - Examen General de Orina obtenida de chorro medio.
 - Urocultivo y antibiograma.
 - Hemocultivo y antibiograma..
 - Secreción Prostática exprimida (con las consideraciones arriba mencionadas en la toma de muestra y valorar siempre si esta indicada o no).
 - Pruebas adicionales: (Según criterio médico) Hemograma, , Creatinina, Glucemia, Antígeno prostático Especifico (que podría estar aumentado), etc.

A.3 Diagnostico diferencial : Investigar otras causas de disuria en varones. La disuria es común en la uretritis, en la prostatitis aguda bacteriana y puede aparecer en forma intermitente en los síndromes de prostatitis crónica. La disuria por uretritis puede estar localizada en el meato, pene distal o a lo largo del cuerpo del pene.⁽¹³⁾

Tabla 4. Diagnóstico Diferencial⁽⁴⁾ :

| Pielonefritis | Cistitis | Uretritis |
|----------------------|-------------------------------|--------------------|
| Hiperplasia próstata | Neoplasias renales, vesicales | Orqui-epididimitis |
| Enfermedad de Beçhet | Enfermedad de Reiter | |

Extractado de: Hervas AA, Forcen AT. Prostatitis. Fisterra.com, Guías Clínicas 2002; 2

A. 4 Tratamiento:

- Medidas generales:
- Hidratación adecuada.
- Analgesia. (AINEs o Analgésicos puros)
- Antibióticos: El tratamiento de la prostatitis aguda ha de iniciarse precozmente con

antibioticoterapia empírica para evitar el riesgo de complicaciones (Absceso prostático, bacteriemia - sepsis o infección metastásica ej : infección espinal.)

Basados en series de casos de estudios laboratoriales sobre penetración antibiótica en modelos animales, las recomendaciones estándar usualmente incluyen el uso de tetraciclina,

trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) o una quinolona. Otras alternativas antibióticas se presentan en la Tabla. 5. ⁽⁶⁾

TABLA. 5 Esquemas comunes de Antibioticos para Prostatitis Aguda Bacteriana

| Medicación | Dosis Standard ⁽⁷⁾ |
|--|---------------------------------------|
| Trimetoprim-sulfametoxazol (Bactrim, Septra) | 1 comp. (160/800 mg) dos veces al día |
| Doxiciclina (Vibramycin) | 100 mg una a dos veces al día. |
| Ciprofloxacina (Cipro) | 500 mg cada 12 horas. |
| Norfloxacina (Noroxin) | 400 mg cada 12 o 24 hrs. |
| Ofloxacina (Floxin) | 200 mg cada 12 horas. |

(7) Montvale, N.J.: Medical Economics Data, 2000.

Cuando la prostatitis aguda se presenta como una enfermedad seria y severa para el paciente, la terapia empírica debe empezarse inmediatamente. El tratamiento parenteral o el tratamiento oral deben seleccionarse según la condición clínica del paciente. Si hay deterioro o mala tolerancia a la terapia oral, deben considerarse la admisión urgente y la terapia parenteral. Se logra penetración antibiótica buena en todas las áreas de la glándula de la próstata debido a la intensa inflamación. Deben continuarse los antibióticos o deben cambiarse según los resultados de sensibilidad del antibiograma. Si la retención aguda ocurre, debe realizarse la cateterización suprapúbica (talla vesical) para evitar el daño a la próstata (Luzzi, 1996.; Meares, 1987). ⁽¹¹⁾

Tratamientos vía oral (régimen ambulatorio)

(4,5,6, 11)

En pacientes susceptibles a la terapia via oral se pueden utilizar las quinolonas: (Arakawda et al., 1994; Andriole, 1991) ⁽¹¹⁾

Quinolonas:

- Ciprofloxacina 500 mg dos veces por día por 28 días (Nivel de Evidencia IV, Grado de Recomendación C) (Andriole, 1991; Naber, 1991) ⁽¹¹⁾
- Ofloxacina 200 mg dos veces al día por 28 días (Nivel de Evidencia IV, Grado de

Recomendación C) (Suzuki et al., 1984; Remy et al., 1988) ⁽¹¹⁾

Los efectos secundarios más frecuentes de las quinolonas son gastrointestinales (nauseas, vómitos, diarreas); también pueden afectar al sistema nervioso central (cefalea, temblor...), dar alteraciones dermatológicas (rash, prurito...) y otros menos frecuentes (alargamiento del segmento QT, hepatotoxicidad,).

Si presenta alergia a quinolonas: Cotrimoxazol 160/800 mg cada 12 horas durante 28 días o Trimetoprim 200 mg cada 12 horas durante 28 días. (Nivel de Evidencia IV, Grado de Recomendación C) ⁽¹¹⁾

El tratamiento a las parejas sexuales no es necesario en este tipo de infección por tratarse de una infección por uropatógenos. ⁽¹¹⁾

Algunos esquemas mencionan al uso de la Doxiciclina 100mg dos veces por día o inandil carbecilina sódica 1 g cuatro veces al día. Las nuevas quinolonas muestran resultados promisorios. ⁽¹¹⁾

Tratamiento parenteral:

Generalmente se inicia un betalactámico (Ampicilina) más un Aminoglucosido vía endovenosa mientras se esperan los resultados

de los cultivos y la sensibilidad antibiótica dependiendo el germen aislado.⁽¹¹⁾

A.5. Criterios de Internación y Referencia⁽⁴⁾.

- Si existe deterioro general importante, no hay respuesta a antibióticos o aparece retención urinaria (puede ser preciso sondaje suprapúbico para evitar lesiones prostáticas).
- Tratamiento parenteral : Puede hacerse necesario tratamiento con altas dosis de Cefalosporinas de amplio espectro + gentamicina. El tratamiento será siempre acorde con cultivo y antibiograma.

A.6. Seguimiento.

El pronóstico de la prostatitis aguda con un manejo correcto es favorable. Se recomienda tratamiento durante 4 semanas, para prevenir la aparición de prostatitis crónica bacteriana. Si el paciente no responde a antibioticoterapia empírica hay que valorar un posible absceso prostático. Se diagnostica con Tomografía computarizada, y es posible que requiera drenaje transuretral. Posteriormente a la resolución de la prostatitis hay que valorar un estudio más completo.⁽⁴⁾

V . REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Broke Huffman G. Characteristics of the Major Types of Prostatitis. Am Fam Physician, 1999. (Lipsky BA. Prostatitis and urinary tract infection in men: what's new; what's true? Am J Med March 1999;106: 327-34.
2. Medical Society for the Study of Venereal Diseases (MSSVD),2001.
3. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) / National Institute of Health (USA) 1995 .
4. Hervas AA, Forcen AT. Prostatitis. Fistera.com, Guías Clínicas 2002; 2 (40).
5. Stamey TA. Pathogenesis and treatment of urinary tract infections. Baltimore: Williams & Wilkins, 1980.
6. Stevermer JJ, Easley SK. Treatment of Prostatitis. Am Fam Physician 2000;61:3015-22,3025-6.
7. Montvale, N.J.: Medical Economics Data, 2000.
8. Clinical Effectiveness Group (Association for Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases). 2001 National guideline for the management of prostatitis.
9. Peipert JF. Genital Chlamydial Infections. N Engl J Med 2003; 349:2424-30.
10. Slawson D. Is the Four-Glass Test for Prostatitis Useful? Am Fam Physician 2003; ;170:818-22.
11. Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guideline for the management of prostatitis. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002.
12. Proposed at the Chronic Prostatitis Workshop, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, Bethesda, Md., December 7-8, 1995 and retrieved on April 20, 2000.
13. Mengel MB, Schwiebert LP. MEDICINA AMBULATORIA. Atención primaria de la familia. Editorial Médica Panamericana: Bs. Aires Argentina 1995.
14. UK national guidelines on sexually transmitted infections and closely related conditions. Introduction. Sex Transm Infect 1999 Aug;75(Suppl 1):2-3.