

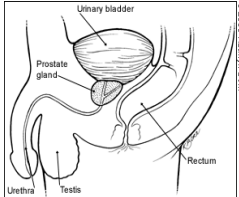
## PROSTATITIS (PARTE II)

\*Dr. Jorge Aguilar Benavides

\*\*Dr. Juan Max Gonzales G.

\*Medico Familiar Pol. Central

\*\*Medico Familiar Pol. Especialidades El Alto



La primera parte del tema de Prostatitis tomo en cuenta aspectos generales y definiciones específicas con mayor énfasis en la Prostatitis aguda, esta segunda parte

tiene como objetivo complementar el tema con Prostatitis Crónica Bacteriana, Prostatitis Crónica Abacteriana y Prostatodinia.

### I. DEFINICIONES:

**Prostatitis:** Inflamación de la próstata, la cual puede ser de origen bacteriano, no bacteriano, o tratarse de una prostatodinia. <sup>(4)</sup>

**Prostatitis Aguda Bacteriana:** Infección Aguda de la Próstata de origen bacteriano.

**Prostatitis Crónica Bacteriana (MSSV) o tipo II (NIH/NIDDK):** Es una complicación de una Prostatitis Aguda, en la cual existe la identificación microbiológica de infección recurrente de la próstata. <sup>(2,3,4)</sup>

**Prostatitis Crónica Abacteriana (MSSV) o tipo III (NIH/NIDDK):** Se caracteriza por dolor pélvico crónico sin identificación bacteriológica de infección, se subclasifica en dos subtipos: <sup>(2,3,4)</sup>

- **Prostatitis Crónica Abacteriana Inflamatoria (MSSV) o Tipo IIIA (NIH/NIDDK)** Se caracteriza por la presencia de leucocitos en secreción prostática, semen o en orina obtenido post masaje prostático.
- **Prostatitis Crónica Abacteriana No Inflamatoria (MSSV) o tipo IIIB (NIH/NIDDK):** Caracterizada por la ausencia de leucocitos en secreción prostática, semen o en orina post masaje prostático.

**Prostatodinia (MSSV) o Tipo IV (NIH/NIDDK).** Prostatitis Inflamatoria Asintomática. Detectada en biopsia prostática o presencia de leucocitos en secreción prostática o semen, por otros estudios. <sup>(2,3,4,8)</sup>

### II. EPIDEMIOLOGÍA <sup>(4,8)</sup>:

La prostatitis crónica es una enfermedad 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.

Pacientes con episodios recurrentes de prostatitis incrementaron significativamente su riesgo para subsecuentes episodios. En un estudio observacional de revisión de datos estadísticos nacionales de USA de pacientes de consulta externa se concluye que el 15% de hombres que presentaban síntomas genitourinarios fueron diagnosticados de Prostatitis. Cada año aproximadamente 2 millones de consultas médicas incluyen el diagnóstico de prostatitis, a pesar de su alta prevalencia el estudio de prostatitis en la consulta médica es todavía pobre y poco comprendida.

### III. CLASIFICACION:

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

**Tabla 1: Clasificaciones de Prostatitis MSSV y NIDDK** (2,3,4,8,11)

MSSV <sup>2</sup> , 2001	NIDDK <sup>3</sup> , 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<sup>(2)</sup>  
National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) / National Institute of Health (USA) 1995<sup>(3)</sup>.

#### IV. MANIFESTACIONES CLINICAS<sup>(1,4)</sup>:

**Tabla 2. Principales características de los Síndromes de Prostatitis**

	Cuadro clínico (Edad más frecuente)	Tacto Rectal	Leucocitos secreción prostática	Cultivo	Respuesta Antibiótico	% casos
Crónica bacteriana	Infección recurrente (50-80 años)	Aumentada de tamaño	Siempre	Positivo	Lenta	5-10%
Crónica abacteriana (inflamatoria)	Disconfort genitourinario (30-50 años)	Variable	Siempre	Negativo	Ocasional	40-65%
Prostatodinia	Dolor (30-40 años)	Normal	Raro	Negativo	No	20-40%

#### A. PROSTATITIS CRONICA BACTERIANA:

La Prostatitis Crónica Bacteriana (CBP) es una causa común de infecciones del tracto urinario recurrente en hombres<sup>(6)</sup>. Los pacientes tienen infecciones del tracto urinario recurrentes caracterizados por la persistencia de las mismas bacterias patogénicas en fluido prostático o en orina.

La etiología esta relacionada con el hallazgo microbiológico de Escherichia coli, Klebsiella, Protheus u otras bacterias uropatogenas

obtenidas en muestra prostática extraída mediante masaje prostático o en orina evacuada después, cuando la cantidad es mayor que la detectada en la primera orina de la mañana o la que se colecta a la mitad del chorro<sup>(6,15)</sup>.

#### A.1. MANIFESTACIONES CLINICAS:

Estrictamente los síntomas se presentan después de los 6 meses de establecerse el diagnóstico de prostatitis crónica, en la práctica el diagnóstico es

realizado después de la duración de los síntomas. <sup>(8,15)</sup>

Los síntomas pueden ser bastantes inconstantes, pero muchos hombres experimentan síntomas de irritación uretral, posiblemente con dolor en la parte posterior, también en testículos, epidídimo o pene, fiebre de bajo grado, artralgias y mialgias.

Muchos pacientes son asintomáticos entre los episodios de cistitis aguda. Los signos pueden incluir descarga uretral, hemospermia y evidencia de orquiepididimitis secundaria menudo la próstata es normal en examen rectal digital.

Ningún solo hallazgo clínico es diagnóstico, aunque cultivos en orina y en fluido prostático obtenido por masaje prostático pueden ayudar en la evaluación. <sup>(6)</sup>

Esta enfermedad es muy poco común en la actualidad aunque debe considerarse entre los varones con antecedentes de bacteriuria recidivante. Los síntomas remiten entre episodios y la próstata parece normal a la palpación.

Algunos pacientes presentan síntomas de obstrucción o dolor perineal. En ocasiones la infección se propaga hasta la vejiga y provoca polaquiuria, tenesmo vesical y disuria. Un patrón de Infecciones recidivantes de un varón de mediana edad indica firmemente prostatitis bacteriana crónica. <sup>(15)</sup>

#### A.1.2 TACTO RECTAL <sup>(16)</sup>:

Es una exploración fundamental y todo médico familiar debe habituarse a ella y conocer sus indicaciones y límites. (Tabla 3)

<b>Tabla 3. Indicaciones y limitaciones de la prueba en la clínica practica aplicada a Prostatitis.</b> <sup>(16)</sup>
Valoración de un síndrome Prostático Muy útil. Precaución. La notación que clasifica a la próstata adenomatosa en grados I,II,III, IV, se refiere a la protrución que hace la glándula hacia la luz del recto.
Descartar Prostatitis. Muy útil en prostatitis agudas. Precaución a todo varón con fiebre alta y polaquiuria debe hacerse tacto rectal, que deberá ser doloroso, pero no hay que masajear la próstata por peligro de sepsis. En las Prostatitis crónicas el paciente refiere una molestia más sorda a la palpación.
Diagnóstico Temprano de la Neoplasia de Próstata: Poco fiable. Precaución: No hay dudas acerca de una próstata claramente tumoral (con nódulos pétreos que borran rafe o contornos). Pero una próstata normal puede albergar una neoplasia incipiente.

#### A.1.3. MASAJE PROSTATICO <sup>(4,8,11,16)</sup>:

##### Recomendaciones:

Ningún antibiótico se debe de haber tomado durante 1 mes antes del procedimiento (Bergman, Wedren, & Holm, 1989)

El paciente no debe de haber eyaculado durante 2 días.

El paciente debe tener la vejiga lleno pero no distendida (Luzzi, 1996,; Jameson, 1967)

El masaje Prostático no debe realizarse si hay evidencia de uretritis o la infección del tracto urinario. Si cualquiera de éstos esta presente debe tratarse para prevenir contaminación de secreción de prostática (Delgado, 1997; Simmons & Delgado, 1983; Níquel, 1996).

##### Procedimiento: <sup>(8,11)</sup>

El prepucio debe retraerse totalmente y el pene debe estar totalmente limpió, para prevenir contaminación.

El paciente debe orinar una 100 a 200 ml de orina y entonces extraer de 5 a 10 ml del primer chorro de orina.

Por examen rectal digital un masaje vigoroso de la glándula de la próstata debe realizarse durante 1 minuto, de la periferia hacia la línea media en un recipiente estéril apoyando el glande para obtener cualquier muestra de secreción prostática posteriormente se debe determinar mediante laboratorio el recuento de leucocitos y polimorfo nucleares y enviar la muestra a cultivo(Bergman, Wedren, & Holm, 1989,; Simmons & Delgado, 1983).

**TABLA 4 <sup>(6)</sup>**  
**Interpretación de dos pruebas diagnósticas para Prostatitis <sup>(6)</sup>**

Prueba Diagnostica		Componentes de la Prueba			
Test Pre y postmasaje (PPMT)		Urocultivo de chorro medio*		Secreción Prostática ‡	
Prueba de Stamey-Meares		Urocultivo Pre-masaje *	Microscopia urinaria Premasaje †	Urocultivo Posmasaje ‡	Microscopia Urinaria Posmasaje †
Tipo de prostatitis		Resultados de la Prueba			
Prostatitis Bacteriana (ABP)	Aguda	+	+	Evitar el masaje en ABP	Evitar el masaje en ABP
Prostatitis Bacteriana	crónica	-	±	+	+
Prostatitis Abacteriana/ inflamatoria	crónica CPPS-	-	±	-	+
Prostatitis Abacteriana / inflamatoria	Crónica CPPS no	-	-	-	-
Prostatodinia (asintomatica)		±	±	+	+

+ = Positivo; - = negativo; ABP = Prostatitis aguda bacteriana; CPPS = Síndrome de dolor pélvico crónico.  
 \*-- Resultados negativos sin crecimiento bacteriano. Resultados positivos con crecimiento de especies bacterianas comunes (>100,000 Unidades formadoras de colonia por ml).  
 †--Resultados Negativos <10 leucocitos por campo. Resultados Positivos >10 to 20 leucocitos por campo.  
 ‡--Resultados positivos cuando se presenta bacteriuria significativa el la muestra post-masaje.

**A. 4 TRATAMIENTO:** (4,8,9,15)

Los antibióticos alivian con rapidez los síntomas asociados a las reagudizaciones aunque son menos eficaces para erradicar el foco de infección crónica de la Próstata, la ineficacia r4elativa de los antimicrobianos para curación prolongada, obedece en parte a que casi todos estos fármacos apenas penetran el la próstata.

Las fluoroquinolonas resultan mucho más eficaces que otros antimicrobianos, aunque por lo general es necesario administrarlos durante un mínimo de

doce semanas. Los pacientes con episodios frecuentes de cistitis aguda que no responde a ningún tratamiento curativo pueden recibir ciclos prolongados de antimicrobianos (una sufamida TMP o Nitrofurantoina) a fin de eliminar los síntomas y mantener estéril la orina de la vejiga.

La Prostatectomía total logra evidentemente la curación de la prostatitis crónica, pero se asocia a morbilidad considerable.

- Ciprofloxacino 500 mg .VO. cada 12 horas durante 28 días. <sup>(6,8,15)</sup>
- Ofloxacino 200 mg VO cada 12 horas durante 28 días. <sup>(6,8,15)</sup>
- Norfloxacino 400 mg .VO. cada 12 horas durante 28 días. <sup>(6,8,15)</sup>
- Si se presentan alergias: <sup>(8,15)</sup>
- Cotrimoxazol 160/800 mg .VO. cada 12 horas durante 28 días.
- Trimetoprim 200 mg. VO. cada 12 horas durante 28 días.
- Minociclina 100 mg VO cada 12 horas durante 28 días.

2.- alfa- bloqueantes. Asociados a antibióticos, pueden mejorar la sintomatología. <sup>(6,8,15)</sup>

3.- Inyecciones locales de antimicrobianos. No son más efectivas que los antibióticos por vía oral. <sup>(6,8,15)</sup>

4.- Intervenciones quirúrgicas (Prostatectomía radical, Resección transuretral). No se encuentran evidencias para recomendar su aplicación en la Prostatitis Crónica Bacteriana. <sup>(6,8,15)</sup>

## **B. PROSTATITIS CRÓNICA ABACTERIANA/ SÍNDROME PÉLVICO DOLOROSO CRÓNICO**

<sup>(6,15)</sup>.

Etiología. La Etiología de la Prostatitis Crónica Abacteriana no está clara. Se postula que puede ser una infección por gérmenes no comunes (*Chlamydia trachomatis*, *Ureoplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, ...), aunque no hay ningún estudio controlado relevante.

Factores psicológicos: en algunos estudios, se ha encontrado que los factores psicológicos (somatizaciones, depresión...) son más frecuentes en los pacientes que tienen una prostatitis crónica abacteriana.

### **B.1. CUADRO CLINICO**

<sup>(4,6,15)</sup>.

Podemos encontrar diferente sintomatología caracterizada por variedad de síntomas genitourinarios, que se centran en el dolor: perineal, abdominal bajo, pene, testicular, disconfort eyaculatorio o disuria.

En el tacto rectal la exploración es similar a la de la Prostatitis Crónica Bacteriana, frecuentemente es normal aunque podemos encontrar hipertrofia o edema prostático.

### **B.2 DIAGNÓSTICO**

<sup>(4, 6)</sup>.

En una revisión sistemática (McMaughton et al, 2000) se apunta que no hay una prueba "gold-standard" para el diagnóstico de las Prostatitis Crónica Abacteriana. (ver tabla 4.)

### **B.3 TRATAMIENTO**

<sup>(6,15)</sup>.

Las opciones para el tratamiento son: 100 mg de Doxiciclina (Vibramycin) o Minociclina (Minocin) dos veces diariamente durante 14 días, o eritromicina a 500 mg cuatro veces diariamente para 14 días.

Un pequeño estudio aleatorizado controlado de allopurinol (Zyloprim) encuentra beneficio potencial, pero el estudio no tenía bastante muestra o plan adecuado para demostrar un beneficio convincente. Se han propuesto otras terapias, como masaje prostático tres veces a la semana, aunque los datos a favor son limitados.

Termoterapia Transuretral por microonda mejoraron los síntomas en un pequeño estudio controlado aleatorizado. Diazepam (Valium) mostró efecto similar a la Minociclina en un pequeño estudio controlado; sin embargo, los pacientes que toman Diazepam recibieron más ciclos de antibióticos continuos. Otras terapias incluyen retroalimentación biológica (BIOFEEDBACK), técnicas de relajación y relajantes musculares. <sup>(6,8)</sup>

Baños de asiento calientes y Antiinflamatorios No esteroideos (AINEs) pueden proporcionar alivio del síntoma. Algunos hombres pueden notar aumento de los síntomas con ingesta de alcohol o las comidas picantes y, en ese caso, deben evitarlos.

En hombres con síntomas de cistitis irritativa, los agentes anticolinérgicos (como oxybutynin [Ditropan]) o alfa-bloqueantes (como doxazosin [Cardura], prazosin [Minipress], tamsulosin [Flomax] o terazosin [Hytrin]) puede ser beneficiosos.

Con certeza puede ser útil para estos hombres, y es importante que ellos sepan que su condición "no es infecciosa " ni contagiosa y no se conoce evidencia que pueda causar cáncer o otros desórdenes más serios. <sup>(6,8)</sup>

### **C. PROSTATODINIA**

<sup>(6,8)</sup>.

Claramente, las prostatitis bacterianas sintomáticas pueden elevar el Antígeno Prostático

Específico (PSA) a niveles anormales. La prostatitis Asintomática también puede elevar el nivel de PSA. Además, puede encontrarse en pacientes que son evaluados para otra enfermedad prostática mediante biopsia. No hay ningún estudio que dilucide la historia natural o la terapia apropiada de esta condición. Se sospecha

cuando un PSA retorna a nivel normal después de cuatro a seis semanas de un ciclo de antibióticos de 14 días. El tratamiento es recomendable rutinariamente sólo en pacientes con prostatitis asintomática crónica conocido por elevar el nivel de PSA.

## 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. *Fisterra.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):S2-3.
15. Kasper. Braunwald. Fauci. Hauser. Longo. Jameson. *Principios de Medicina Interna*. Harrison . Editorial McGrawHill Interamericana. 16ª Edición. Chile 2006. pg 1897.
16. Borrel F. Carrio I. Un tacto rectal. *FMC* 2003;10(4):255-7