Prostatitis

Autores

Adolfo Hervás Angulo
Tarsicio Forcén Alonso

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Tafalla (Navarra)

Guías Clínicas 2002; 2(40)

Puntos clave

- Los gérmenes que con más frecuencia causan la prostatitis aguda son los gram negativos, especialmente las enterobacterias (E. Coli)
- La historia clínica (síndrome miccional, dolor lumbar o perineal) junto a la exploración física (próstata caliente y dolorosa) nos llevarán al diagnostico de presunción de prostatitis
- El tratamiento de la prostatitis aguda ha de iniciarse precozmente con antibioticoterapia empírica para evitar el riesgo de complicaciones
- En la prostatitis crónica bacteriana el tratamiento antibiótico puede alcanzar tasas de curación de hasta el 90%, pero con grandes variaciones dependiendo del tipo de fármaco y la duración del tratamiento. Las quinolonas parecen ser más efectivas que el trimetroprim-sulfametosazol [C]
- Los ensayos realizados para el tratamiento de la Prostatitis Crónica Abacteriana son escasos, con metodología no depurada y con muestras de pacientes pequeñas. En general la eficacia de los tratamientos antes explicados es desconocida

¿De qué hablamos?

Entendemos como prostatitis la inflamación de la próstata. Dependiendo de la clínica y de los resultados de laboratorio, los síndromes prostáticos inflamatorios o irritativos se clasifican tal y como se aprecia en la tabla 1.

Tabla 1: Clasificaciones de Prostatitis

MSSV[1], 20011	NIDDK[2], 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)

(1) Medical Society for the Study of Venereal Diseases (MSSVD), 2001[1]
(2) National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) / National Institute of Health (USA) 1995[2].

Elaborada con opinión de expertos sin revisión posterior.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:
La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

En la tabla 2 podemos apreciar las principales características de los Síndromes de Prostatitis.

	Cuadro clínico (Edad más frecuente)	Tacto Rectal	Leucocitos secreción prostática	Cultivo	Respuesta Antibiótico	% casos
Prostatitis aguda	Aguda (40-60 años)	Dolor, calor	Prueba contraindicada	Negativo	Rápida	1-5%
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%

Fuente: Broke Huffman, 1999[3]

Prostatitis Aguda[1,4-6]

Etiología. Los gérmenes que con más frecuencia causan la prostatitis aguda son los gram negativos, especialmente las enterobacterias (E. Coli). Pueden causarla:

- Gram negativos: Escherichia coli, proteus spp, klebsiella spp y pseudomonas spp.
- Otros: Enterococos, staphylococcus aereus, anaerobios (bacterioides spp)

Cuadro clínico

Sintomatología de prostatitis aguda

- Sintomatología de infección urinaria: disuria, polaquiuria, urgencia miccional.
- Sintomatología de prostatitis: puede haber dolor lumbosacro, perineal, en pene y rectal.
- Sintomatología de bacteriemia: fiebre y escalofríos; artralgias y mialgias.

Signos de prostatitis aguda

- Signos localizados en próstata: tacto rectal: próstata caliente dolorosa a la palpación.
- Signos generales -bacteriemia-: fiebre y taquicardia.

Complicaciones: puede aparecer una retención aguda de orina (debida al edema prostático).

Diagnóstico. La historia clínica (síndrome miccional, dolor lumbar o perineal) junto a la exploración física (próstata caliente y dolorosa) nos llevarán al diagnostico de presunción de prostatitis.

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

- Cuadro clínico. Valorar otras causas de disuria en varones[7].
- Tacto rectal: ha de ser cuidadoso. Es extremadamente doloroso y puede precipitar una bacteriemia. Está contraindicado el masaje prostático.
- Pruebas complementarias:
  - Analítica de orina. Cultivo de orina.
  - Analítica de sangre. El PSA puede estar aumentado.
  - Hemocultivos. Antibiograma.

Diagnostico diferencial (Otras causas de disuria en varones)[7]

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

Manejo. 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– p.e: infección espinal.)

Medidas generales:

- Hidratación adecuada.
- Analgesia. (Antiinflamatorios no esteroideos)
- Valorar ingreso si: Deterioro general importante, no respuesta a antibióticos o aparece retención urinaria (puede ser preciso sondaje suprapúbico para evitar lesiones prostáticas).

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 –p.e: infección espinal.)

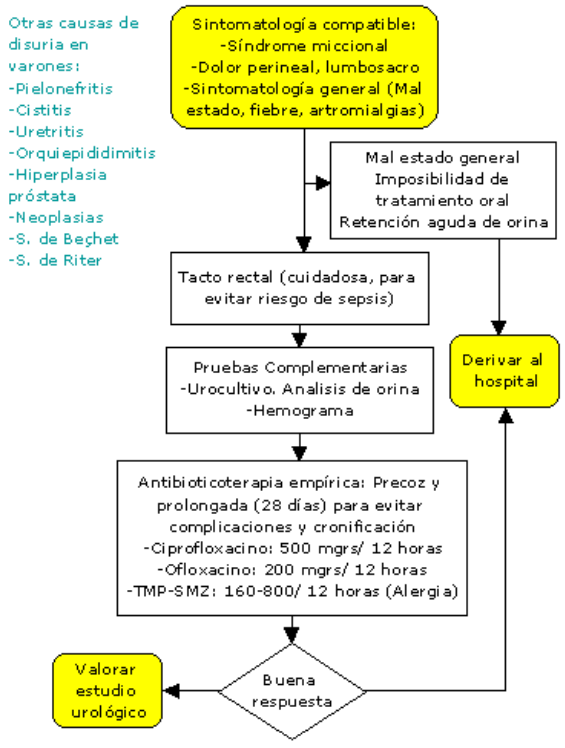
Tratamientos vía oral (régimen ambulatorio)[1]:

Quinolonas: Ciprofloxacino 500 mg / 12 horas durante 28 días u Ofloxacino 200 mg / 12 horas durante 28 días. Los efectos secundarios[8] 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 alergia a quinolonas: Cotrimoxazol 160/800 mg / 12 horas durante 28 días o Trimetroprim 200 mg / 12 horas durante 28 días.

Tratamiento parenteral (ingreso)[1] : puede hacerse necesario tratamiento con altas dosis de Cefalosporinas de amplio espectro + gentamicina. El tratamiento será siempre acorde con antibiograma.

Seguimiento. El pronóstico de las prostatitis 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 computerizada, y es posible que requiera drenaje transuretral.

Posteriormente a la resolución de la prostatitis hay que valorar un estudio más completo.

Prostatitis Crónica Bacteriana[1,3-5]

Etiología. La prostatitis Crónica Bacteriana puede ser complicación de una Prostatitis Aguda, pero en ocasiones no podemos identificar una infección prostática previa.

Los gérmenes implicados son los mismos que en la Prostatitis Aguda, siendo el más común E. coli. Gram negativos: E. coli, Proteus spp, Klebsiella spp y Pseudomonas spp. Gram positivos: Staphylococcus aureus, Streptococcus faecalis, enterococci spp.

En algunos estudios observacionales se apunta que la infección por Chlamydia trachomatis también puede ser causa de prostatitis crónica.

Cuadro clínico y pruebas. La sintomatología de las prostatitis es similar a la de prostatitis aguda, sin aparecer síntomas de infección aguda (fiebre, escalofríos, etc.), pero con síntomas irritativos (polaquiuria, disuria, urgencia miccional...).

Sin embargo, en gran parte de los casos el paciente se encuentra asintomático. Además, esta sintomatología en muchos casos se confunde con la sintomatología de la Hiperplasia Benigna de Próstata, con lo que su diagnóstico diferencial se hace complicado.

En el tacto rectal podemos encontrar hipertrofia o edema prostático, pero frecuentemente la exploración es normal.

El masaje prostático es la prueba más utilizada para el diagnóstico de prostatitis aguda. Se trata de recoger diferentes muestras de orina y de secreción prostática inmediatamente tras la realización de masaje prostático. Se recogen 3 muestras de orina:

- Primera: al comenzar la micción.
- Segunda: orina de la mitad de la micción,
- Tercera: orina inmediatamente posterior al masaje.

y una de secreción prostática tras masaje de periferia a centro.

Normalmente el cultivo de orina o de la secreción uretral posteriores al masaje prostático son positivos (número de leucocitos mayor de 103 leucocitos/ ml). Un cultivo negativo no descarta a posibilidad de Prostatitis Crónica Bacteriana. Además es relativamente frecuente que el masaje prostático no sea capaz de provocar una secreción prostática adecuada.

Se trata de una prueba difícil de realizar correctamente y frecuentemente molesta para el paciente.

Manejo. Se han estudiado diferentes tipos de tratamiento para la Prostatitis Crónica Abacteriana[9].

1. Antibióticos. Aunque no han sido convenientemente evaluados, se alcanzan tasas de curación de hasta el 90% (estudios de cohortes), pero con grandes variaciones dependiendo del tipo de fármaco y la duración del tratamiento. Las quinolonas parecen ser más efectivas que el Cotrimoxazol (Estudios retrospectivos). Regímenes [C·][1]:
   - Ciprofloxacino 500 mg / 12 horas durante 28 días.
   - Ofloxacino 200 mg / 12 horas durante 28 días.
   - Norfloxacino 400 mg / 12 horas durante 28 días.
   - Si alergias:
     - Cotrimoxazol160/800 mg / 12 horas durante 28 días.
     - Trimetroprim 200 mg / 12 horas durante 28 días.
     - Minociclina 100 mg / 12 horas durante 28 días.
2. α- bloqueantes. Asociados a antibióticos, pueden mejorar la sintomatología.
3. Inyecciones locales de antimicrobianos. No son más efectivas que los antibióticos por vía oral.
4. Intervenciones quirúrgicas (Prostatectomía radical, Resección transuretral). No se encuentran evidencias para recomendar su aplicación en la Prostatitis Crónica Bacteriana.

Prostatitis Crónica Abacteriana[1,3-5,10]

Etiología. La Etiología de la Prostatitis Crónica Abacteriana no está clara[10]. Se postula que puede ser una infección por gérmenes no comunes (Chlamydia trachomatis, Ureoplasma urealyticum, Micoplasma hominis, ...), aunque no hay ningún estudio controlado relevante.

Algunos investigadores piensan que podría ser un problema inflamatorio-inmunológico: diferentes RCT (con escasos número de pacientes) no han podido determinar una prueba con alta sensibilidad y especificidad para el diagnostico diferencial de la Prostatitis Crónica Abacteriana de la Bacteriana.

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.

Cuadro clínico[1]. 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.

Diagnóstico[10].

En una revisión sistemática (McMaughton et al, 2000)[10] se apunta que no hay una prueba "gold-standard" para el diagnóstico de las Prostatitis Crónica Abacteriana. Diferentes pruebas que se utilizan.

- Masaje prostático: para valorar la posible presencia presencia de infección. (Ver Prostatitis Crónica Bacteriana)
- Ecografía Transrectal- Eco-Doppler: en algunos estudios (muestra escasa) se han encontrado signos en la ecografía que podrían ser significativos de la Prostatitis Crónica Abacteriana.

Tratamiento. Se han estudiado hasta 40 diferentes tipos de tratamiento para la Prostatitis Crónica Abacteriana. En la revisión de MacMaugton et al[10], se valoran los más relevantes.

- Medicación utilizada para la Hiperplasia Prostática Benigna: tanto el Finasterida como los α-bloqueantes han demostrado reducción de síntomas frente a placebo.
- Diversas medicaciones antiinflamatorias locales en RCT con un número bajo de participantes, han demostrado una eficacia discutible para el tratamiento de la Prostatitis Crónica Abacteriana.
- Antibióticos: No hay diferencias significativas entre los pacientes tratados con antibióticos y el grupo placebo.
- Termoterapia transrectal: diferentes RCT han utilizado esta técnica para el tratamiento de la Prostatitis Crónica Abacteriana. En algunos casos la reducción de la sintomatología llega al 50% de los

Grados de Recomendación

[A] Existen pruebas sólidas para hacer esta recomendación. Existen estudios o alguna revisión sistemática de buena calidad con resultados homogéneos y claros.

[B] Existen pruebas suficientes para hacer la recomendación con claridad. Hay al menos un estudio de muy buena calidad o múltiples estudios con diseño aceptable que la sustentan.

[C] Existen pruebas limitadas. Al menos algún estudio aceptable.

[D] No hay pruebas basadas en estudios clínicos. La recomendación se sustenta únicamente en la opinión de expertos.

pacientes, pero también puede producir efectos adversos (hematuria, impotencia,...)

- Alopurinol: en una revisión Cochrane12 se concluye que el cambio de bases pirimidínicas en purínicas en la orina y en las secreciones prostáticas producido por el Alopurinol no mejora significativamente los síntomas de la Prostatis Crónica Abacteriana.

Resumen[13]: Los ensayos realizados para el tratamiento de la Prostatitis Crónica Abacteriana son escasos, con metodología no depurada y con muestras de pacientes pequeñas. En general la eficacia de los tratamientos antes explicados es desconocida[9]. No se recomienda el uso rutinario de antibióticos o α-bloqueantes. Los pequeños estudios sobre termoterapia no presenta beneficios importantes.

Se necesitan más estudios y con un diseño más adecuado para tener unas evidencias más concluyentes.

Bibliografia

1. 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. [En línea]. [Fecha de consulta: junio 2002].
2. McMaughton M, MacDonald R, Wilt J. Diagnosis and treatment of Cronic Abacterial Prostatitis: A systematic Review. Ann Intern Med 2000; 133: 367-381. [Medline]
3. 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. [En línea]. [Fecha de consulta: junio 2002].
4. Meyrier A, Fekete T. Prostatitis syndromes. UpToDate (version 10.3). [En línea]. [Fecha de consulta: junio 2002].
5. Naber KG, Bergman B, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Lobel B, Jiménez Cruz F, Selvaggi FP; Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU). EAU guidelines for the management of urinary and male genital tract infections. Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU). Eur Urol. 2001 Nov; 40(5): 576-88.
6. Roberts RO, Lieber MM, Bostwick DG, Jacobsen SJ. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes. Urology 1997; 49: 809-21.
7. Roberts R. Hartlaub P. Evaluation of dysuria in men. Am Fam Physician 1999 Sep 1; 60(3): 865-72. Review. [En línea]. [Fecha de consulta: junio 2002].
8. Oliphant C, Green G. Quinolones: a comprehensive review. Am Fam Physician. 2002 Feb 1; 65(3): 455-64. Review. [En línea]. [Fecha de consulta: junio 2002].
9. Stern J, Schaeffer A. Chronic prostatitis. Clinical Evidence. [En línea]. [Fecha de consulta: junio 2002].
10. McMaughton M, Wilt J. Allopurinol for chronic prostatitis. The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software Ltd.
11. McMaughton M, MacDonald R, Wilt J. Interventions for chronic abacterial prostatitis. The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software Ltd.
12. Of studies, syntheses, synopses, and systems: the "4S" evolution of services for finding current best evidence. ACP Journal Club. 2001 Mar-Apr;134:A11-A13. [En línea]. [Fecha de consulta: junio 2002].