

PROSTATITIS

(PROSTATITIS)

* Karla León Torres

RESUMEN

Es una patología de comportamiento benigno que incluye todos aquellos procesos inflamatorios o infecciosos que afectan a la glándula prostática y está compuesta por un amplio espectro de síntomas inespecíficos del tracto genitourinario inferior, caracterizados fundamentalmente por dolor perineal o genital, síntomas miccionales y disfunción sexual en diversas manifestaciones.

DESCRIPTORES

Prostatitis, infección urinaria, glándula prostática, antígeno prostático específico (PSA).

SUMMARY

Prostatitis has referred to a clinical condition associated with infection and/or inflammation of the prostate gland and is composed by nonspecific symptoms of the lower genitourinary tract. It is mainly characterized by perineal or genital pain, voiding symptoms and sexual dysfunction in various manifestations.

KEYWORDS

Prostatitis, urinary infection, prostate gland, prostate-specific antigen (PSA).

*Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED). San
José -Costa Rica

EPIDEMIOLOGIA

La prostatitis es la infección urinaria parenquimatosa más frecuente en el varón entre la segunda y cuarta década de la vida. Datos epidemiológicos de Norteamérica, Europa y Asia sugieren que del 2-4% de los adultos presentan síntomas compatibles con prostatitis crónica en algún momento de su vida.

La prevalencia de síntomas asociados a la próstata es de 2-10% en los varones y solo en un 10% de todos los episodios de prostatitis se llega a demostrar una causa bacteriana

Estratificada por edad, la prostatitis se identifica en sujetos menores de 50 años en el 11% de los casos y en el 8.5% de los mayores de esta edad

La prostatitis tiene cuatro categorías de clasificación, en el 90% de los casos la causa es no bacteriana y solo en un 7% de los casos se clasifica como prostatitis bacteriana crónica, sin embargo esta es la principal causa de infección urinaria recurrente en el varón. En los pacientes diagnosticados con síndrome doloroso pelviano un 48% pertenecen a la categoría IIIA, un 38% a la IIIB y el 14% restante como una prostatitis crónica bacteriana.

ETIOPATOGENIA

En 1978 Drach et al. crean un sistema de clasificación de la prostatitis, el cual fue modificado y ampliado por la Instituto Nacional de la Salud (NIH) en 1995 (Tabla 1). La prostatitis aguda bacteriana (PBA) se define como una verdadera infección parenquimatosa aguda de la glándula prostática, causada por bacterias que se presentan de forma brusca y la mayoría de los pacientes tienen bacteriuria por lo que la bacteria puede aislarse con facilidad en el urocultivo.

Tabla1. Clasificación del Instituto Nacional de la Salud	
Categoría I	Prostatitis bacteriana aguda: Infección aguda de la glándula prostática
Categoría II	Prostatitis bacteriana crónica: Infección urinaria recurrente. Infección crónica prostática.
Categoría III	Prostatitis abacteriana crónica/ Síndrome de dolor pélvico crónico (mínimo 3 meses): IIIa: síndrome de dolor pélvico crónico infamatorio IIIb: síndrome de dolor pélvico crónico no infamatorio
Categoría IV	Prostatitis inflamatoria asintomática: Evidencia de inflamación prostática (presencia de leucocitos en semen o en biopsia) en ausencia de sintomatología

Puede presentarse en varones de cualquier edad y la llegada de las bacterias normalmente es retrógrada a partir del tracto urinario inferior o a través de la vía linfática desde la zona rectal, también puede ocurrir debido a enfermedades de transmisión sexual y rara vez existe un antecedente de instrumentación uretral o de cirugía prostática.

Los bacilos gram negativos entéricos y sobre todo la *Escherichia coli* son los patógenos más prevalentes

Las prostatitis crónicas tienen múltiples hipótesis en cuanto a su origen, se cree que pueden suceder debido a una obstrucción, reflujo intraductal, causas infecciosas como consecuencia de la anatomía prostática.

Estudios realizados por McNeal demostraron que la zona periférica de la próstata es el sitio donde más ocurre la inflamación, ya que los conductos que proceden de ella desembocan en el verumontanum o sus proximidades, por lo que en la eyaculación es más fácil que los microorganismos uretrales penetren en los conductos y originen una prostatitis ya sea por vía canalicular ascendente o retrógrada.

También existen teorías autoinmunes, venosas en la cual la disfunción del retorno venoso del plexo pelviano sería la responsable de las manifestaciones protáticas y por último la teoría de disfunción neuromuscular en la cual se considera la prostatitis como un tipo enfermedad psicosomática que provocaría una alteración funcional neuromuscular pélvica, con el consiguiente incremento de la presión uretral proximal facilitando el reflujo de orina hacia las glándulas prostáticas.

La prostatitis bacteriana crónica (PBC) consiste en una inflamación prostática e infecciones recurrentes del tracto urinario. La etiología principal de la PBC es por *E. coli* en el 80% de los casos y el 20% restante por *Klebsiella*, *Proteus*, *P. aeruginosa* o *S. aureus* (estos dos últimos sobre todo si existe antecedente de hospitalización y/o sondaje vesical) o enterococos. Pueden haber otros microorganismos poco frecuentes como la *Candida* en diabéticos y *Cryptococcus neoformans* en pacientes con VIH. En algunos estudios se ha visto que infecciones por *Chlamydia trachomatis* también pueden causar prostatitis crónica.

Las prostatitis bacterianas agudas y crónicas son dos entidades distintas ya que las agudas casi nunca se cronifican y las crónicas casi nunca tienen el antecedente de una aguda.

La prostatitis abacteriana crónica puede afectar a los hombres de cualquier edad y aunque no tiene una etiología establecida, se cree que puede estar causada por microorganismos no comunes como *Chlamydia trachomatis*, *Ureoplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*, también se cree que podría deberse a un problema inflamatorio/inmunológico. Rara vez los pacientes diagnosticados con síndrome de dolor pélvico crónico (SDPC) o prostatitis crónica abacteriana tienen en su historia clínica el antecedente de un episodio previo de prostatitis aguda. El dolor pélvico crónico puede tener cuatro factores productores distintos, por lo que se clasifica del siguientes modo: nociceptivo, inflamatorio, neuropático y disfuncional, cada uno de estos con factores desencadenantes distintos y patogenia diferente.

SINTOMATOLOGIA

Entre los síntomas más comúnmente referidos por los pacientes con prostatitis aguda está el dolor pelviano el cual puede ser en las siguientes áreas: suprapúbico, próstata y área perineal (46%), escroto y testículo (39%), pene (6%), vejiga (6%) y área lumbar baja (2%). También refieren síntomas urinarios con frecuencia de tipo obstructivo (dificultad para iniciar la micción, calibre disminuido, residuo postmiccional e incluso retención aguda de orina) o de tipo irritativo (imperiosidad, polaquiuria, nicturia, disuria o tenesmo) asociando comúnmente fiebre, artralgias, mialgias y mal estado general.

En las prostatitis crónicas los síntomas son similares a la prostatitis aguda pero sin síntomas de infección aguda, pueden ser leves e incluso el paciente puede cursar asintomático con infertilidad por alteración en el semen como única manifestación y no suele presentar síntomas sistémicos. En otras ocasiones predominan las manifestaciones sexuales como pérdida parcial o total de la erección, hemospermia o eyaculación dolorosa o precoz. Los síntomas en estos casos duran por lo menos 3 meses.

Algunas de las complicaciones que pueden originarse debido a una prostatitis son: una diseminación bacteriana, sepsis de origen urinario, absceso prostático, epididimitis, vasculitis seminal o pielonefritis. En pacientes con abscesos prostáticos el riesgo de fracaso del tratamiento o de recidiva es muy alto, por lo que se recomienda el drenaje quirúrgico mediante punción guiada por ecografía y se debe incluir la administración de antibióticos con acción contra bacterias anaerobias o la

prolongación del tratamiento durante varios meses.

DIAGNOSTICO

Como en todas las patologías, es importante realizar una adecuada exploración física, el tacto rectal es significativo en los casos de PBA ya que la próstata se encuentra.

aumentada de tamaño, muy sensible a la palpación y dolorosa. Sin embargo, en los casos de prostatitis crónica este estudio es meramente orientador, notándose un aumento mínimo o moderado de tamaño o sensibilidad.

En 1968 Meares y Stamey publican un método de diagnóstico basado en cultivos cuantitativos y la visualización de leucocitos en la orina fraccionada, obtenida antes y después del masaje prostático, llamada también prueba de los cuatro vasos y se debe de realizar antes de administrar el tratamiento antibiótico. (Tabla 2).

En esta se debe detectar al menos 103 unidades formadoras de colonias por mililitro (UFC/ml) y también se debe observar la presencia de leucocitos. Si la infección está localizada en la próstata, la cantidad de UFC/ml será como mínimo diez veces superior en las ultimas muestras (posterior al masaje prostático y en la última micción o M4), además la presencia de leucocitos (>10-15 leucocitos por campo) suele ser mayor cuando hay afectación prostática en las muestras postmasaje. Con frecuencia se visualizan "cuerpos grasos ovals" que son macrófagos de gran tamaño con partículas de grasa y son característicos de la respuesta inflamatoria prostática.

En la práctica se suele realizar una prueba simplificada en la que solamente se le hace un cultivo cuantitativo de la orina premasaje (M2) y la orina postmasaje prostático (M3), ya que tiene una sensibilidad y especificidad del 91% comparada con la de los cuatro vasos

Tabla 2. Prueba de los cuatro vasos.		
Micción1	M1	Primeros 5-10 ml de orina emitida espontáneamente. Microorganismos y leucocitos de origen uretral y vesical.
Micción2	M2	Orina emita espontáneamente del chorro medio (510 ml). Microorganismos y leucocitos principalmente de origen vesical.
Secreción tras masaje prostático	SMP-M3	Secreciones obtenidas tras realizar un masaje prostático digital transrectal. Microorganismos y leucocitos principalmente de origen prostático.
Micción3	M4	Primeros 5-10 ml de orina emitida espontáneamente inmediatamente después del masaje prostático. Microorganismos y leucocitos principalmente de origen vesical y prostático

En los pacientes en los que se sospecha una infección de transmisión sexual se

debe realizar un cultivo de secreciones uretrales e investigación especialmente para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

En la prostatitis bacteriana crónica (PBC) el diagnóstico en muchas ocasiones es de exclusión, más de un 30% de los pacientes diagnosticados con prostatitis crónica se quedan sin amparo etiopatogénico concluyente. En estos casos los estudios de imágenes suelen ser irrelevantes a no ser de que el paciente tenga una hipertrofia prostática (benigna o por un carcinoma), sin embargo la ecografía transrectal y la tomografía computarizada son útiles para evidenciar cálculos o abscesos prostáticos y la urografía puede servir para descartar otras causas de infección. Los cambios ecográficos.

observados son: aumento de tamaño de la próstata, asimetría de los lóbulos prostáticos, incremento del diámetro de los plexos venosos periprostáticos, nódulos hiperecogénicos en la próstata externa, evidencia de litiasis intraprostática, presencia de halos hipoeoicos periuretrales o calcificaciones entre la zona de transición y la capsula.

Los individuos en los que la biopsia de próstata realizada por sospecha de cáncer prostático reporta únicamente inflamación, estadísticamente tienen posibilidades más altas de padecer de cáncer de próstata en cinco años que los que no tienen inflamación.

En cuanto a los estudios bioquímicos, el antígeno prostático específico (PSA) total en sangre aumenta en la PBA y se normaliza con su resolución. Por el contrario, en las categorías restantes solo resulta anormal en el 6-15% de los casos. Sin embargo la presencia de un valor alto

mantenido tras un episodio de prostatitis crónica obliga siempre a descartar un cáncer de próstata.

TRATAMIENTO

En las PBA se puede comenzar con un tratamiento antimicrobiano empírico, habitualmente por vía oral pero si es necesario se puede administrar por vía intravenosa o intramuscular. En este caso se administra un antibiótico bactericida contra gram negativos como las cefalosporinas, aminoglicósidos o fluoroquinolonas. Desde el comienzo o una vez pasada la fase aguda, se debe administrar tratamiento oral, siendo los antimicrobianos de elección las fluoroquinolonas. El tratamiento durante dos semanas es suficiente, excepto en caso de recidivas o respuesta clínica lenta en cuyo caso se debe administrar durante un mes completo.

En la PBC el tratamiento antibiótico de elección es la fluoroquinolona, la cual se puede administrar vía oral durante 6-12 semanas y se recomienda realizar urocultivos de control a los 15 días y a los 6 meses de terminado el tratamiento. En aproximadamente 1/3 de los casos los síntomas y la bacteriuria recurren. Alrededor del 10% de las bacterias causantes de prostatitis son resistentes a la ciprofloxacina, frente a cerca del 20% en cepas causantes de infección no complicada del tracto urinario.

En caso de infección recidivante puede ser útil el tratamiento con alfa bloqueadores que relajan la uretra proximal, lo que podría disminuir el reflujo de orina hacia la próstata. También puede plantearse la resección prostática transuretral en casos de litiasis prostática, adenomas o carcinomas de próstata.

También hay recomendaciones que pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes como el uso de medicamentos que reblandezcan las heces, aumentar el consumo de líquidos (2-4 L/día) y evitar irritantes vesicales como alcohol, café, picante o cítricos. Si todas las medidas fallan, se recomienda optar por el tratamiento supresor que consiste en administrar dosis bajas de antibiótico a largo plazo para mantener la orina estéril.

En los pacientes con síndrome de dolor pélvico inflamatorio siempre se debe individualizar el tratamiento a cada paciente, en pacientes con SDPC IIIA con frecuencia se utiliza un antibiótico de modo empírico contra bacterias atípicas como los macrólidos y se ha observado una mejoría hasta en el 40% de los casos, esto complementado con eyaculaciones frecuentes. También se ha visto que tanto

en la categoría IIIA, como IIIB, los alfa bloqueadores, inhibidores de la 5 α reductasa y AINES en algunos casos muestran mejoría pero aún no hay estudios al respecto. En algunos pacientes el uso de relajantes musculares y antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina ha sido de utilidad, también se da la fisioterapia de la musculatura del suelo pélvico y en casos de obstrucción podría realizarse una cirugía prostática.

El uso de termoterapia, mediante el calor aplicado directamente a la próstata, podría contribuir a mejorar la sintomatología por lesión de los plexos nerviosos prostáticos o ejercer un efecto bactericida in vitro.

En los pacientes con prostatitis inflamatoria asintomática no hay un manejo definido, sin embargo, no se recomienda tratamiento alguno excepto en casos de PSA elevado o infertilidad.

BIBLIOGRAFIA

- García-Arenzana Anguera JM; Tratamiento de la prostatitis; Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud; Volumen 29; Numero 6, año 2005; Paginas 145-151.
- Juan Fernando Jiménez Cruz, Enrique Broseta Rico; Clasificación, etiología, diagnóstico y tratamiento de la prostatitis. Otros tipos de prostatitis; Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; Volumen 23; Numero 4; Año 2005; Paginas 47-56.
- Maya Rodríguez López, Ileana Baluja Conde, Senia Bermúdez Velásquez; Patologías benignas de la próstata: Prostatitis e hiperplasia benigna; Revista biomédica; Volumen 18; Numero 1; Año 2007; Paginas 47-59.
- Remigio Vela Navarrete, Carmen Gonzalez Enguita, Juan Vicente García Cardoso, G. Manzarbeitia, F. Soriano García; Prostatitis crónica: una revisión crítica de su actual definición nosológica, clasificación y potencial carcinogénesis; Archivos Españoles Urológicos; Volumen 60; Numero 6; Año 2007, Paginas 617-623.

Recepción: 1 Diciembre de 2016

Aprobación: 15 Diciembre de 2016