

# INFORMACION TERAPEUTICA

del Sistema Nacional de Salud

Vol 29-Nº 6-2005

Dirección Internet: [http://www.msc.es/Diseno/informaciónProfesional/profesional\\_farmacia.htm](http://www.msc.es/Diseno/informaciónProfesional/profesional_farmacia.htm)

## SUMARIO

- Tratamiento de las prostatitis.
- El anciano polimedcado.
- Nuevos principios activos: Eplerenona, Mitotano.
- Informaciones de interés: Medidas adoptadas en Farmacovigilancia.
- Índice anual.

## Tratamiento de las prostatitis

García-Arenzana Anguera JM<sup>1</sup>

### RESUMEN

■ Las prostatitis son un grupo de enfermedades que afectan a la glándula prostática. Pueden ser agudas o crónicas, de carácter infeccioso, inflamatorio e incluso no inflamatorio ni infeccioso. Tienen en común síntomas locales, como dolor o molestias en la región perineal y tracto genitourinario y con frecuencia signos o síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, obstrucción, etc.) o disfunciones sexuales (dolor eyaculatorio, hemospermia, etc.). El impacto en la calidad de vida de muchos varones es importante. El diagnóstico es sencillo en las formas bacterianas agudas o crónicas. El tratamiento es eficaz en las formas agudas, mientras que las crónicas recurren con frecuencia. En las formas crónicas no bacterianas el tratamiento es complicado y poco eficaz, debido sobre todo al desconocimiento sobre la causa. Hay poca evidencia científica que apoye los distintos tratamientos utilizados en las formas crónicas no bacterianas: antibióticos, alfa-bloqueantes, antiinflamatorios, relajantes musculares o antidepressivos tricíclicos.

**PALABRAS CLAVE:** Prostatitis, Síndrome de dolor pélvico crónico.

*Inf Ter Sist Nac Salud 2005; 29: 145-151.*

### INTRODUCCIÓN

Con el término prostatitis, habitualmente englobamos a un grupo de enfermedades, que afectan a la glándula prostática, que pueden ser agudas o crónicas, de carácter infeccioso o no, e incluso algunas no son ni siquiera de carácter inflamatorio, pero todas tienen en común el hecho de compartir una serie de síntomas locales consistentes, sobre todo en un cuadro de dolor o molestias en la región perineal y tracto genitourinario, acompañado con una frecuencia variable de signos o

### ABSTRACT

■ Prostatitis are a group of diseases affecting the prostatic gland. They can be acute or chronic, with an infectious, non-infectious inflammatory, even non-inflammatory non-infectious nature. They share a group of local symptoms, such as pain or discomfort in the perineal region and genitourinary tract and often urinary signs or symptoms (dysuria, frequency, obstruction, etc.) or sexual disorders (painful ejaculation, hematospermia, etc.). It has an important impact in the quality of life of a lot of males. Treatment is effective in acute forms, while chronic prostatitis will often relapse. In non-bacterial chronic forms (chronic pelvic pain syndrome) treatment is difficult and not much effective, mainly due to their unknown origin. There is few scientific evidence that support the variety of treatments for non-bacterial chronic forms: antibiotics, alfa-blockers, non-steroid anti-inflammatories, muscle-relaxants or tricyclic antidepressives.

**KEY WORDS:** Prostatitis, Chronic pelvic pain syndrome.

síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, obstrucción, etc.) o disfunciones sexuales (dolor eyaculatorio, hemospermia, etc.).

La prevalencia de síntomas asociados a la próstata es de 2-10% de los varones. De todos los episodios de prostatitis, en un 10% de los casos se llega a demostrar una causa bacteriana, mientras que en el resto la causa queda en pura especulación, ya que o no es de causa infecciosa o bien no se puede llegar a demostrar la etiología.

En 1968 Meares y Stamey publican el método de localización de la infección prostática, mediante la prueba de los cultivos cuantitativos y la visualización de leucocitos en la orina fraccionada, obtenida antes y

<sup>1</sup> Jefe de Sección. Servicio de Microbiología. Hospital Donostia. San Sebastián. Profesor Titular. Escuela de Enfermería. Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea.

**TABLA I**  
**CLASIFICACIÓN DE LAS PROSTATITIS**

<b>Categoría</b>	<b>Denominación tradicional (1978)</b>	<b>Denominación nueva (1995)</b>
<b>I</b>	Prostatitis bacteriana aguda (PBA)	Igual
<b>II</b>	Prostatitis bacteriana crónica (PBC)	Igual
<b>III</b>	Prostatitis crónica no bacteriana	Síndrome de dolor pélvico crónico (SDPC) : <b>IIIA.</b> SDPC inflamatorio <b>IIIB.</b> SDPC no inflamatorio
<b>IV</b>	Prostatodinia	Prostatitis inflamatoria asintomática (PIA)

después del masaje prostático (llamada también prueba de los cuatro vasos). En 1978 y basado en los hallazgos clínicos, y en los 10 años de experiencia con la técnica de Meares y Stamey, Drach et al. introducen un sistema de clasificación de las prostatitis (denominación tradicional), para racionalizar el tratamiento y la evaluación de los pacientes. En 1995 hay una reunión de consenso, tras la cual los NIH (*National Institutes of Health*) de EE.UU. modifican y amplían la clasificación anterior, quedando la utilizada actualmente por la mayor parte de la comunidad científica (tabla I).

En la nueva clasificación, los dos primeros grupos (I y II) siguen igual que en la clasificación anterior, se crea un tercer grupo (III) llamado síndrome de dolor pélvico crónico, en el que hay dos subgrupos, el inflamatorio (IIIA) equivalente al anteriormente llamado prostatitis crónica no bacteriana y el no inflamatorio (IIIB) equivalente al antiguamente llamado prostatodinia y se crea uno nuevo (grupo IV) llamado prostatitis

inflamatoria asintomática, en el que se encuentran aquellas personas en las que se objetiva una respuesta inflamatoria prostática (presencia de leucocitos en semen o en biopsia) en ausencia de sintomatología y que generalmente se produce como un hallazgo en el curso de una investigación por infertilidad o para descartar una neoplasia. Las prostatitis bacterianas agudas y crónicas son dos entidades distintas, ya que las agudas casi nunca se cronican y las crónicas casi nunca tienen el antecedente de una aguda.

A la hora de clasificar la enfermedad en alguna de las categorías anteriores, sobre todo ante la sospecha de una prostatitis crónica, se tiene en cuenta además de los síntomas y de los datos obtenidos de la exploración física, los resultados obtenidos mediante la prueba de Meares y Stamey de cultivos cuantitativos fraccionados y detección de leucocitos (tabla II). Dicha prueba se realizará siempre antes de administrar el tratamiento antibiótico.

**TABLA II**  
**PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE CULTIVOS CUANTITATIVOS EN LAS SOSPECHAS DE PROSTATITIS CRÓNICA**

- **Micción 1 (M1).** Se recogen en un frasco estéril los primeros 5-10 ml de orina emitida espontáneamente. Los microorganismos y los leucocitos presentes en esta muestra serán sobre todo de origen uretral y vesical.
- **Micción 2 (M2).** Se recoge en un frasco estéril la orina emitida espontáneamente del chorro medio (5-10 ml), igual que para realizar un urocultivo convencional. Los microorganismos y leucocitos presentes en esta muestra serán principalmente de origen vesical.
- **Secreción tras masaje prostático (SMP).** Se recogen en un frasco estéril las secreciones obtenidas tras realizar un masaje prostático digital transrectal. Algunos realizan cultivo de semen, que tiene un valor similar, aunque es preferible el cultivo de las secreciones tras masaje, salvo que esté contraindicada la práctica del mismo. Los microorganismos y leucocitos presentes serán sobre todo de origen prostático.
- **Micción 3 (M3).** Se recogen en un frasco estéril los primeros 5-10 ml de orina emitida espontáneamente inmediatamente después de la realización del masaje prostático. Los microorganismos y leucocitos presentes serán sobre todo de origen vesical y prostático.

En el laboratorio de microbiología se procesarán las cuatro muestras, en los medios de cultivo habituales para orina, con métodos cuantitativos que permitan detectar al menos  $10^3$  unidades formadoras de colonias por mililitro (UFC/ml) y también se observará la presencia de leucocitos (por campo de 300-400 aumentos) tras 5 minutos de centrifugado en las muestras de orina (M1, M2 y M3) o directamente sin centrifugar con las secreciones prostáticas (SMP).

La valoración de los resultados no siempre es clara, pero generalmente se considera que si la infección está localizada en la próstata, la cantidad de UFC/ml será al menos diez veces superior en las últimas muestras (SMP o M3) que en las muestras previas al masaje prostático (M1 o M2). También la presencia de leucocitos ( $> 10-15$  por campo) suele ser mayor, cuando hay afectación prostática, en las muestras posmasaje. Además se suelen visualizar “cuerpos grasos ovals”, que son macrófagos de gran tamaño con partículas de grasa y muy característicos de la respuesta inflamatoria prostática.

En la práctica puede ser suficiente la realización de una **prueba simplificada**, realizando solamente cultivo cuantitativo de la orina premasaje (M2) y de la orina posmasaje prostático (M3). Dicha prueba tiene una sensibilidad y especificidad del 91% comparada con la de los cuatro vasos.

Si en las muestras previas al masaje prostático (M1 o M2) se obtiene crecimiento bacteriano abundante, no siendo posible distinguir entre una infección simple del tracto urinario bajo y una infección prostática, se administrará un tratamiento antibiótico corto (2-3 días), preferiblemente con antibióticos que no tenga difusión al tejido prostático (nitrofurantoína o algún betalactámico por ejemplo) para esterilizar la orina y posteriormente se repetirá la prueba de los cuatro vasos (o bien la prueba simplificada), para comprobar si persiste la infección prostática.

En caso de sospecha de infección de transmisión sexual, se realizará cultivo de secreciones uretrales e investigación especialmente de *Neisseria gonorrhoeae* y de *Chlamydia trachomatis*.

El líquido prostático contiene sustancias con actividad antibacteriana, sobre todo el zinc. Algunos pacientes con prostatitis bacteriana crónica tienen déficit del mismo, sin que se sepa con seguridad si se trata de un factor favorecedor de las infecciones o de una consecuencia de las mismas. Algunas hipótesis relacionan el consumo de tabaco con la reducción de los niveles de

zinc en el líquido prostático, disminuyendo así la inmunidad natural de la próstata.

## I. PROSTATITIS BACTERIANA AGUDA (PBA)

Consideramos como PBA a la infección de la glándula prostática, causada por bacterias, que se presenta de forma brusca, con fiebre alta, escalofríos, dolor perineal y de la zona baja de la espalda, junto con síntomas urinarios como polaquiuria y disuria. Puede llegar a haber retención urinaria por obstrucción. La próstata está caliente, hinchada y sensible. En el líquido prostático se pueden observar al microscopio abundantes leucocitos polinucleares y las bacterias en la tinción de Gram. El tacto rectal y sobre todo el masaje prostático están contraindicados en estos casos por el peligro de causar o de incrementar una bacteriemia, que con frecuencia está presente. La llegada de bacterias a la glándula prostática normalmente es retrógrada a partir del tracto urinario inferior o bien a través de la vía linfática desde la zona rectal. En pocas ocasiones existe un antecedente de instrumentación uretral o de cirugía prostática.

En la era preantibiótica la etiología gonocócica era muy frecuente (hoy muy rara). Hoy en día son los bacilos gramnegativos entéricos y sobre todo *Escherichia coli* los prevalentes. Puede haber abscesos prostáticos muy raramente, causados por *Staphylococcus aureus* que llegan por vía hematógena. La mayoría de los pacientes tienen bacteriuria por lo que la bacteria causante puede aislarse con facilidad en el urocultivo y con frecuencia en el hemocultivo, sobre todo si se realiza antes de administrar el tratamiento antibiótico. El antígeno prostático específico (PSA) puede estar elevado, aunque se normaliza tras el tratamiento antibiótico adecuado.

Las PBA generalmente responden bien al tratamiento con un antibiótico al que la bacteria sea sensible, ya que la difusión a la próstata inflamada es adecuada para cualquier antibiótico en la fase inicial.

El **TRATAMIENTO** se puede comenzar con un tratamiento empírico, habitualmente por vía oral, pero si es preciso por vía intravenosa o intramuscular, en este caso con antibióticos de la familia de las **cefalosporinas** (cefotaxima 1-2 g/8 horas, ceftriaxona 1-2 g/día, o en caso de *Pseudomonas aeruginosa* ceftazidima 1-2 g/8 horas), **aminoglicósidos** (gentamicina 5 mg/kg/día o tobramicina a la misma dosis, en ambos casos en una sola dosis diaria), o **fluoroquinolonas** (ciprofloxacino 400 mg/12 horas). Desde el comienzo o una vez pasada la fase más aguda, será preferible seguir el tratamiento

por vía oral, siendo los antimicrobianos de elección, las fluoroquinolonas, como ciprofloxacino 500 mg/12h ó levofloxacino 500 mg/24 h (el primer día es preferible 500 mg/12h). El cotrimoxazol (trimetoprima + sulfametoxazol) en formulación de dosificación elevada (160/800 mg/12h) es otra alternativa adecuada, siempre si la bacteria aislada es sensible. Es suficiente con dos semanas de tratamiento, aunque si se trata de una recidiva o la respuesta clínica no es rápida, es prudente completar un mes de tratamiento, aunque la prolongación del mismo no significa que se evite la posibilidad de cronificación. La preferencia en la elección de fluoroquinolonas o de cotrimoxazol se debe a su farmacocinética más favorable, ya que son compuestos básicos y liposolubles, que difunden bien en el tejido prostático incluso en ausencia de inflamación, mientras que la mayoría del resto de los antibióticos activos frente a bacterias gramnegativas (como todos los betalactámicos –penicilinas y cefalosporinas-, la nitrofurantoina y los aminoglicósidos) difunden muy pobremente a medida que se reduce la inflamación prostática. En la asociación de cotrimoxazol, quien tiene una buena difusión prostática es la trimetoprima y probablemente el sulfametoxazol no tiene ningún papel en el tratamiento de la PBC, por lo que algunos han sugerido la posibilidad de asociar la trimetoprima con rifampicina.

Puede haber complicaciones como bacteriemia, absceso prostático, epididimitis, vesiculitis seminal o pielonefritis, que requieran de otras consideraciones terapéuticas o incluso de drenaje quirúrgico, como en el caso del absceso prostático.

Cuando la causa de la prostatitis bacteriana aguda sea *N. gonorrhoeae* el tratamiento antibiótico más indicado será: una dosis de ceftriaxona 250 mg IM o IV, seguido de ciprofloxacino 500 mg/12h por vía oral; y si la causa es *Chl. trachomatis*, elegiremos doxiciclina 100 mg/12 horas por vía oral. Los dos antibióticos (ciprofloxacino y doxiciclina) son muy eficaces tanto *in vitro* como *in vivo*, frente a gonococo y *Chl. trachomatis* respectivamente, y además tienen una excelente difusión en el tejido prostático. El tratamiento se mantendrá durante 10 días en ambos casos.

Si hay absceso prostático, el riesgo de fracaso del tratamiento o de recidiva será muy alto con un tratamiento de 14 días como el recomendado anteriormente. En éstos casos será necesario drenaje quirúrgico mediante punción guiada por ecografía, incluir antibióticos con acción frente a bacterias anaerobias, o bien la prolongación del tratamiento durante varios meses.

Si existe retención urinaria se drenará mediante cis-

totomía suprapubiana, en lugar de insertar un catéter uretral, que puede obstruir el drenaje de las secreciones prostáticas infectadas.

Otras medidas terapéuticas pueden ser útiles según el caso, como los analgésicos, el reposo, los laxantes o la hidratación (2-4 litros diarios).

## II. PROSTATITIS BACTERIANA CRÓNICA (PBC)

Representa solamente el 7% de todas las prostatitis. Consiste en inflamación prostática e infecciones recurrentes del tracto urinario, causados habitualmente por una bacteria localizada en la próstata (método de los 4 vasos). Pueden tener síntomas de infección urinaria aguda periódicamente, de hecho la PBC es la principal causa de infección urinaria recurrente en el varón. Otros tienen molestias perineales, dolor de espalda bajo, polaquiuria o disuria. No suele haber síntomas sistémicos como en la PBA. Si hay fiebre suele ser leve, a no ser que se complique con pielonefritis. Muchos varones con infección crónica de la próstata son asintomáticos. El examen rectal de la próstata así como los estudios de imagen suelen ser irrelevantes a no ser que el paciente tenga una hipertrofia prostática (benigna o por un carcinoma). En ausencia de datos característicos lo más útil para la sospecha diagnóstica suele ser la presencia de infecciones urinarias persistentes, causadas por la misma bacteria.

La etiología principal de la PBC es *E. coli* en el 80% de casos y el 20% restante se reparte entre *Klebsiella*, *Proteus*, *P. aeruginosa* o *S. aureus* (éstos dos últimos sobre todo si existe el antecedente de hospitalización y/o de sondaje vesical del paciente) o enterococos. En algunas series se aíslan *Staphylococcus epidermidis* o bacterias difteroides (como *Corynebacterium sp.*), cuyo valor patogénico es siempre dudoso, ya que son bacterias comensales del tracto urinario inferior. Puede haber otras causas mucho menos frecuentes de PBC, como *Mycobacterium tuberculosis* o micobacterias atípicas, levaduras como *Candida* en diabéticos e incluso hongos dimórficos como *Blastomyces dermatitidis* o *Histoplasma capsulatum*, que convendrá tener en cuenta solo en personas provinientes de zonas endémicas (sobre todo de América). También se ha descrito a la próstata como un foco frecuente de infección subclínica por *Cryptococcus neoformans* en pacientes con SIDA.

Los hallazgos histológicos en las PBC suelen ser de inflamación focal no aguda, que también se pueden encontrar en pacientes con prostatitis no bacterianas, por lo que no son muy útiles. La ecografía transrectal

de la próstata o la tomografía computadorizada (TC) pélvica son útiles para demostrar la presencia de cálculos en pacientes con PBC así como de absceso prostático en las PBA. La urografía puede servir para descartar otras causas de infección urinaria recurrente.

La PBC es difícil de curar ya que la mayoría de los antibióticos no penetran bien en la próstata no inflamada, con lo que no siempre se puede erradicar la infección, y ocurren recidivas con frecuencia. Además las bacterias pueden estar acantonadas en pequeños abscesos, en cálculos prostáticos o en *biofilms* que protegen a las mismas de la acción de los antibióticos, todo lo cual dificulta la esterilización de la glándula, favoreciendo las recidivas posteriores. Se recomienda realizar urocultivos de control a los 15 días y a los 6 meses de terminado el tratamiento antibiótico.

El **TRATAMIENTO** de la PBC consiste en administrar un **antibiótico** al que la bacteria causante sea sensible, que alcance buenas concentraciones en la próstata y que se pueda administrar por vía oral, y mantenerlo durante 4-12 semanas. Sobre todo se elegirá una **fluoroquinolona** (ciprofloxacino 500 mg/12 horas) si la bacteria aislada resulta sensible. Con esta pauta el 60-80% de los pacientes curarán en 1-3 meses de tratamiento, aunque estudios más recientes recomiendan solo 4 semanas si se ha comprobado con seguridad la sensibilidad de la bacteria a ciprofloxacino. En aproximadamente 1/3 de los casos los síntomas y la bacteriuria recurren. El porcentaje de éxitos con cotrimoxazol 160/800 mg/12 horas es menor con 4 semanas de tratamiento (un 50% de recidivas), por lo que de elegir ésta pauta, se administrará durante 3 meses.

Tanto las fluoroquinolonas (ciprofloxacino especialmente o levofloxacino) como el cotrimoxazol han demostrado su eficacia repetidamente en ensayos clínicos bien diseñados.

Alrededor del 10% de las bacterias causantes de prostatitis son resistentes a ciprofloxacino, frente a cerca del 20% en cepas causantes de infección no complicada del tracto urinario (ITU). La resistencia de las mismas bacterias al cotrimoxazol está por encima del 25% (datos personales).

Cuando las bacterias causantes de la PBC sean de transmisión sexual, hecho muy poco frecuente, el tratamiento antibiótico será similar al indicado en el apartado de las prostatitis bacterianas agudas causadas por *N. gonorrhoeae* o *Chl. trachomatis*, pero mantenidos durante más tiempo que los diez días recomendados, sin que exista consenso acerca del número de días de tratamiento.

Algunos autores recomiendan la práctica de **masaje prostático terapéutico** para favorecer el drenaje de las bacterias, evitando su acantonamiento en la glándula prostática, así como la recomendación de eyaculaciones frecuentes.

Otra medida útil, sobre todo en caso de infecciones recidivantes, puede ser el tratamiento con **alfabloqueantes**, como terazosina 10-15 mg o doxazosina 4-8 mg en dosis única nocturna, que actúan relajando la uretra proximal, lo que puede disminuir el reflujo de la orina hacia la próstata.

En algunos casos se planteará (siempre en consulta con el urólogo) la **resección prostática** transuretral, como en la litiasis prostática (la presencia de cálculos prostáticos, que secuestran bacterias juegan un papel negativo en la curación, favoreciendo las recidivas), en adenomas o carcinomas de próstata o bien en casos irreductibles en los que no se puedan evitar las infecciones crónicas o recidivantes a pesar del tratamiento antibiótico o de la profilaxis a largo plazo. La resección radical de la próstata está contraindicada por la frecuencia de secuelas como incontinencia o impotencia sexual.

Algunas recomendaciones pueden **mejorar la calidad de vida** de los pacientes con PBC. Por ejemplo: los medicamentos que reblandezcan las heces, reducirán las molestias prostáticas asociadas a la defecación. El aumento del consumo de líquidos (2-4 litros/día) al asociarse a una micción más frecuente puede ayudar a drenar bacterias de la vejiga y disminuir los síntomas urinarios. Deben evitarse los líquidos irritantes de la vejiga como: alcohol, café, picantes o cítricos.

Si fallan todas las medidas adoptadas, se recomienda **tratamiento supresor**, consistente en administrar dosis bajas de antibióticos a largo plazo, para mantener estéril la orina, aunque no se consiga esterilizar la glándula prostática. Se usarán antibióticos a los que la bacteria aislada sea sensible y se administrarán en dosis bajas (la mitad de la dosis terapéutica o una sola dosis nocturna) de forma similar a la recomendación de profilaxis de las cistitis recurrentes en mujeres. La finalidad es evitar el paso de bacterias de la próstata a la orina. Se suelen usar cotrimoxazol 160/800 mg/día, ciprofloxacino 200 mg/día, o nitrofurantoína 100 mg/día.

### III. SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO (SDPC o Prostatitis no bacteriana)

Son el 90% de las prostatitis, la causa es con frecuencia desconocida y puede ser inflamatoria y no

inflamatoria. Se trata de un síndrome caracterizado sobre todo por el dolor o las molestias prostáticas crónicas, asociadas a un gran número de signos o síntomas urinarios o disfunciones eyaculatorias, sin que se pueda demostrar la presencia de bacterias en las secreciones prostáticas o en la orina posmasaje. Los síntomas más frecuentes son presión perineal, disuria, polaquiuria y dolor de espalda bajo, síntomas que suelen estar presentes en las PBC, por lo que la diferencia entre ambas entidades se debe realizar por los cultivos cuantitativos, que en éste caso son negativos. La variante inflamatoria (IIIa) presenta leucocitos y cuerpos grasos en las secreciones prostáticas, mientras que en la no inflamatoria (IIIb o prostatodinia en la terminología clásica) no los hay.

Hay una gran variedad entre los pacientes de este grupo, por lo que el *National Institute of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index* (NIH-CPSI) ha desarrollado una clasificación, tabulando 13 variables, correspondientes a tres dominios: 1) el dolor; 2) los síntomas urinarios y 3) la calidad de vida, para así poder clasificar a los pacientes de este grupo y evaluar mejor los estudios de eficacia terapéutica.

Es importante siempre descartar la presencia de *Chl. trachomatis* y de *Ureaplasma urealyticum* en las secreciones uretrales, sobre todo en pacientes con antecedente de infecciones de transmisión sexual o con historia de relaciones sexuales no seguras, ya que han sido bacterias implicadas como causa de prostatitis supuestamente no bacterianas. Bien es verdad que esto puede explicar muy pocos casos. Las recientes técnicas de identificación de ADN bacteriano en secreciones prostáticas, quizás ayude a identificar algunos casos de prostatitis no bacterianas en la categoría de las bacterianas.

Algunas hipótesis postulan que las prostatitis crónicas no bacterianas son debidas al reflujo de orina hacia la glándula prostática, o bien a espasmos en la musculatura del suelo pélvico y otras apuntan a causas psicológicas. Incluso algunos piensan en que algunos casos pueden ser en realidad prostatitis bacterianas crónicas (grupo II) en los que no somos capaces de detectar los microorganismos, por encontrarse acantonados en la próstata en pequeña cantidad o por ser bacterias atípicas de difícil detección (como *Ureaplasma*, *Chlamydia* o *Trichomonas*).

Con estos antecedentes es fácil entender que el tratamiento sea dificultoso. Se recomienda siempre individualizar el tratamiento de cada paciente, ante la falta de evidencia científica que aún existe para todas las

pautas terapéuticas utilizadas. Ello se debe en gran medida a la heterogeneidad de los pacientes incluidos en esta categoría de prostatitis y a la subjetividad a la hora de valorar el impacto de los distintos tratamientos.

Es muy frecuente que el **TRATAMIENTO** comience con **antibióticos** eficaces frente a bacterias atípicas, sobre todo con tandas de macrólidos (especialmente azitromicina 500 mg/día por vía oral), esperando algún beneficio. Aunque no hay evidencia de su eficacia en estudios controlados, algunas series muestran un beneficio de cerca del 40%, sobre todo en los casos de SDPC inflamatorio (categoría IIIA).

Los **alfa-bloqueantes**, que actúan relajando la uretra proximal y reduciendo el reflujo urinario, y especialmente la terazosina (10-15 mg/día en dosis única nocturna) pueden mejorar los síntomas con frecuencia. Otra opción similar es la doxazosina (4-8 mg/día también en dosis única nocturna). Algún medicamento de este grupo como la tamsulodina, usado en hipertrofia benigna de próstata o inhibidores de la 5-alfa-reductasa, como finasterida se han usado en algún caso con mejora de síntomas, pero sin evidencia de su eficacia, al no haber aún estudios controlados y randomizados.

Los antiinflamatorios no esteroideos (**AINEs**), en pautas cortas, han demostrado eficacia en algunos trabajos. El más utilizado ha sido el pentosan polisulfato sódico, que es el único del que hay algunos estudios controlados comparándolo frente a placebo, a la dosis de 100 mg/12 horas, sin que haya demostrado mejoras significativas de los síntomas a medio plazo, aunque los estudios son de muy pocos enfermos.

Una opción terapéutica recomendada en algunos casos, son los **antidepresivos tricíclicos**, como la amitriptilina a dosis de 10 mg/24 horas, que se recomienda en tratamiento de dolores crónicos de distinta etiología o bien **relajantes musculares** como diazepam a dosis bajas (5-10 mg/24 horas).

Algunos investigadores comunican la mejora de los síntomas (hasta un tercio de los pacientes en algún estudio) en pacientes con disfunciones urinarias del grupo III, con tratamientos fisioterápicos **de la musculatura del suelo pélvico**, aunque sin evidencia científica que apoye ninguna conclusión.

La **cirugía prostática** (resección transuretral o radical) se limita a casos de indicación específica, sobre todo en casos de obstrucción urinaria. La cirugía radical sobre todo, es causa con frecuencia de efectos secundarios importantes, como son la incontinencia o la impotencia.

Hay distintos intentos de mejorar los síntomas y la calidad de vida de estos pacientes, como son: la termoterapia transuretral con microondas (TUMT), la estimulación magnética de alta frecuencia en la región sacra, la fitoterapia, los masajes prostáticos terapéuticos, los baños de asiento y el alopurinol (antigotoso). En todos los casos se trata de series cortas o de estudios no controlados, que no han demostrado evidencia de beneficio para los pacientes con prostatitis crónica no bacteriana (SDPC), aunque en alguno de ellos se describan mejoras anecdóticas.

En conclusión, la prostatitis crónica no bacteriana (o síndrome de dolor pélvico crónico) es un síndrome complejo, en el que hay que individualizar el tratamiento de los pacientes, del que queda mucho por definir y conocer y en el que el armamento terapéutico incluye antibióticos, alfa bloqueantes, antiinflamatorios no esteroideos, relajantes musculares y antidepresivos.

#### IV. PROSTATITIS INFLAMATORIA ASINTOMÁTICA (PIA)

Es la categoría IV de la nueva clasificación de las prostatitis en la que cabe destacar que no hay recomendación terapéutica ninguna sobre todo si los cultivos resultan negativos. En caso contrario, se pueden tratar con antibióticos según el antibiograma o simplemente adoptar una actitud expectante siempre que el cuadro sea asintomático.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Cornel EB, van Haarst EP, Schaarsberg RW, Geels J. The effect of biofeedback physical therapy in men with chronic pelvic pain syndrome type III. *Eur Urol* 2005;47:607-611.
- Curtis Nickel J. *Prostatitis and related conditions*. En: Walsh PC, editor in chief. *Campbell's Urology*. 8<sup>th</sup> edition. Saunders 2.002. p.603-630.
- Curtis Nickel JC, Nyberg LM, Hennenfent M. Research guidelines for chronic prostatitis: Consensus report from the first National Institutes of Health-International Prostatitis Collaborative Network (NIH-IPCN). *Urology* 1999, 54:229-233.
- Domingue GJ, Hellstrom WJG. Prostatitis. *Clin Microb Rev* 1998;11:604-613.
- Fox KK, Isbey SF, Cohen MS, Carson III CC. Urethritis, Epididymitis, Orchitis, Prostatitis. En: Root RK, Waldrogl F, Corey L, and Stamm WE, editores. *Clinical Infectious Diseases. A practical Approach*. Oxford University Press, New York 1999. p.669-679.
- Hua VN, Schaeffer AJ. Acute and chronic prostatitis. *Med Clin N Am* 2004;88:483-494.
- Jang T, Stern J, Schaeffer A. Chronic Prostatitis. *Clin Evid* 2004;12:1251-1261.
- Krieger JN, Nyberg L Jr, Curtis Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999;282:236-237.
- Litwin MS, Mc Naughton-Collins N, Fowler FJ, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI): development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J Urol* 1999;162:369-375.
- Mc Naughton Collins M, MacDonald R, Wilt TJ. Diagnosis and treatment of chronic abacterial prostatitis: A systematic review. *Ann Intern Med* 2000;133:367-381.
- Mensa J, Gatell JM, Jiménez de Anta MT, Prats G, Domínguez-Gil A. *Guía de Terapéutica Antimicrobiana*. 14ª edición Masson S.A. 2004.
- Naber KG, Weidner W. Prostatitis, epididymitis and orchitis. En: Armstrong D and Cohen J. editors. *Infectious Diseases*. Vol. 1. Mosby 1999, 58.1-58.6.
- Nickel JC, Alexander RB, Schaeffer AJ, Landis JR, Knauss JS, Probert KJ; Chronic Prostatitis Collaborative research Network Study Group. *J Urol* 2003;170:818-822.
- Nickel JC, Forrest JB, Tomera K, Hernandez-Graulau J, Moon TD, Schaeffer AJ, Krieger JN, Zeitlin SI, Evans RJ, Lama DJ, Neal DE Jr, Sant GR. Pentosan polysulfate sodium therapy for men with chronic pelvic pain syndrome: a multicenter, randomized, placebo controlled study. *J Urol* 2005;173:1252-1255.
- Pigrau C, Horcajada JC, Cartón JA, Pujol M. Protocolos clínicos SEIMC. N.º IV "Infección urinaria". Coordinador J. Mensa. En: <http://www.seimc.org/protocolos/clinicos/index.htm>
- Sobel JD, Kaye D. Urinary tract infections. En: Mandell, Douglas and Bennett's *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6<sup>th</sup> ed. Churchill Livingstone, Philadelphia, USA; 2005;875-905.
- Schaeffer AJ. Etiology and management of chronic pelvic pain syndrome in men. *Urology* 2004; 63 (Supl 3A):75-84.
- Direcciones de Internet que revisan las prostatitis:
  - [www.prostatitis.org/](http://www.prostatitis.org/)
  - [www.chronicprostatitis.com/](http://www.chronicprostatitis.com/)