

INFECCIÓN URINARIA. CISTITIS EN EL HOMBRE.

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

Las ITU en los varones se han considerado procesos complicados resultantes de una anomalía anatómica o funcional, sin embargo actualmente se sugiere que tanto los hombres, como las mujeres, pueden adquirir ITU no complicada. Los síntomas más característicos en esta situación son similares a los de la cistitis aguda en mujeres: disuria, hematuria, polaquiuria. Su prevalencia es mayor en ancianos y sobretodo institucionalizados. En hombres jóvenes (<40 años) con ITU sin síntomas o signos de enfermedad sistémica y sin procesos previos es considerada no complicada; en estos casos la presencia de una alteración estructural o funcional es improbable. El resto de situaciones, se considera ITU complicada.

Más del 80% de las ITU son producidas por microorganismos gramnegativos que provienen del colon y que colonizan la zona urogenital como *Escherichia coli* (más frecuente), *Proteus spp* y *Klebsiella spp*. En las ITU complicadas se suman a las anteriores *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter* y *Serratia*, así como otros gérmenes oportunistas.

Ante la sospecha de una ITU en el varón se debe solicitar siempre un cultivo de orina pre-tratamiento. No es necesario cultivo post-tratamiento, si la evolución clínica es adecuada y el episodio es aislado.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INFECCIÓN URINARIA. CISTITIS EN EL HOMBRE	Véase Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ITU no complicada en varones menores de 40 años	En caso de síntomas leves es preferible esperar al resultado del urocultivo antes de iniciar el tratamiento. Fosfomicina-trometamol 3 g/48h-72h vo, dos dosis	Cefixima 400 mg/24h vo, 7-14 días o Sulfametoxazol/ Trimetoprima 800/160 mg/12h vo, 7 días (*)
ITU complicada en varones	Cefixima 400 mg/24h vo, 7-14 días (según respuesta)	Gentamicina 240 mg im, dosis única diaria hasta disponer de los resultados del urocultivo
ITU complicada en varones tras fallo terapéutico	En caso de fallo terapéutico, tratamiento guiado por antibiograma. Ciprofloxacino 500 mg/12h vo, 7-14 días (*)	
ITU complicada en varones con sospecha de prostatitis	<u>Véase «Prostatitis crónica»</u>	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Adecuada hidratación y micciones frecuentes.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La elección del antibiótico debe basarse en el patrón de sensibilidad del microorganismo, por lo que se recomienda realizar cultivo antes de iniciar el tratamiento. En caso de síntomas leves es preferible esperar al resultado del urocultivo. La recaída o infección recurrente indica infección crónica de la próstata o anomalías funcionales o anatómicas de la vía urinaria; requieren tratamiento durante 4-6 semanas. [Véase «Prostatitis crónica»](#).

(*) Dado el nivel de resistencias a quinolonas y trimetoprim-sulfametoxazol en nuestro medio, el uso de estos antibióticos debe ser siempre ratificado por un antibiograma. Si el antibiograma lo permite, usar preferentemente trimetoprim-sulfametoxazol.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo del tratamiento es erradicar la infección y evitar las recurrencias, haciendo un empleo racional de los antibióticos, de forma que se prevenga el desarrollo de resistencias.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Se recomienda una duración de tratamiento de 7-14 días (pautas más cortas deben ser evitadas, salvo con fosfomicina). En ancianos, el tratamiento puede prolongarse 14 días en caso de persistir la clínica.

Las ITU complicadas del varón requieren habitualmente tratamientos de varias semanas de duración (>4 semanas).

SEGUIMIENTO

El tratamiento debe ser reevaluado tras los resultados del urocultivo. En caso de un segundo episodio, iniciar estudio urológico para descartar uropatía obstructiva y prostatitis. En caso de infecciones recurrentes, valorar la posibilidad de prostatitis crónica. Al menos un 50% de hombres con ITU recurrente y más del 90% con ITU febril presentan prostatitis.

El tratamiento con gentamicina puede ser solo o combinado con cefalosporina oral. El tratamiento intramuscular se pasará a vía oral cuando se presente mejoría clínica y/o se tengan datos del urocultivo.

SEGURIDAD

Las fluoroquinolonas se han asociado con casos de reacciones adversas musculoesqueléticas y del sistema nervioso ([Nota informativa AEMPS 14/2018](#)). Además se deben usar con precaución en pacientes con factores de riesgo para la prolongación del intervalo QT. Recientemente la FDA ha emitido una nota de seguridad sobre nuevas advertencias de riesgo de hipoglucemias graves (que pueden llevar al coma) y efectos adversos psiquiátricos asociados al uso de fluoroquinolonas; se recomienda mayor precaución en personas mayores diabéticas.

Se debe evitar el uso de trimetoprim-sulfametoxazol en pacientes en tratamiento con fármacos que inhiben el sistema renina angiotensina (IECA y ARA II) por su asociación con un incremento de hospitalización por hiperpotasemia y un aumento del riesgo de muerte súbita en los primeros 7 días tras el tratamiento. Esta asociación también se ha encontrado con el uso concomitante de sulfametoxazol- trimetoprim y espironolactona.

PRECAUCIONES

No está indicado el uso de nitrofurantoína en el tratamiento de ITU en el varón. Deben tenerse en cuenta los datos de seguridad de este medicamento ([Nota informativa AEMPS 16/2016](#)): reacciones adversas graves pulmonares y hepáticas en tratamientos profilácticos prolongados o intermitentes a largo plazo. Está contraindicada en insuficiencia renal, en tratamientos prolongados (>7 días) o intermitentes.

La fosfomicina se debe administrar con el estómago vacío o 1 hora antes de ingerir los alimentos, o bien 2 horas después de haberlos ingerido, y preferiblemente al acostarse después de haber vaciado la vejiga. Para mejorar su eficacia es aconsejable tomarla con mucho agua.

DERIVACIÓN

Derivar a urología: si fallo en la respuesta al tratamiento antibiótico, infecciones urinarias recurrentes (2 o más episodios en 3 meses) o síntomas como fiebre que sugieran ITU superior (pielonefritis) o prostatitis aguda. De forma ordinaria, si se sospechan alteraciones estructurales del aparato urinario o son recurrentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rowe T, Juthani-Mehta M. Diagnosis and management of urinary tract infection in older adults. *Infect Dis Clin N Am*, 28 (2014): 75-89
2. Tenke P, Kovacs B, Truls E et al. European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Int J. Antimicrob Agent* 2008, 31S: S68-S78
3. Pigrua C, Rodríguez-Pardo MD. Infecciones Asociadas a dispositivos para drenaje de las vías urinarias. Infecciones del tracto genital relacionadas con los dispositivos protésicos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008; 26(5): 299-310
4. Schaeffer AJ, Nicolle LE. Urinary tract infections in older men. *N. Engl J. Med.* 2016; 374:562-570. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1503950>
5. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área del Aljarafe [en línea][consulta: abril de 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/>
6. European Association of Urology (EAU). Guidelines on urological infections. Arnhem: EAU; 2018. [en línea][consulta: abril de 2018]. Disponible en: <http://uroweb.org/guideline/urological-infections/#3>
7. Acute simple cystitis in men. Uptodate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-men?search=urinary%20tract%20infection%20men&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
8. Infecciones del tracto urinario. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria. SemFYC, 4ªed. Mayo 2017. ISBN: 978-84-15037-68-2.
9. Alerta de seguridad de la FDA en relación con las fluoroquinolonas. Disponible en: <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm611032.htm>