

PROSTATITIS CRÓNICA

Enfermedades del aparato genito-urinario


INTRODUCCIÓN

La prostatitis crónica bacteriana puede deberse a una complicación de una prostatitis aguda, pero en ocasiones no se puede identificar una infección prostática previa. Los gérmenes implicados son los mismos que en la prostatitis aguda, siendo el más común *E. coli*.

Es un proceso frecuente que afecta al 35-50% de los hombres. No más del 10% son de etiología bacteriana. La prostatitis crónica bacteriana se caracteriza por una clínica de larga duración (>3 meses), con frecuentes recurrencias y elevada morbilidad. Es difícil diferenciar la prostatitis bacteriana crónica de la prostatitis no bacteriana ya que presentan los mismos síntomas. Se puede presentar como una ITU recurrente y cursar con disuria, eyaculación dolorosa, hematospermia, dolor genital y pélvico. El agente etiológico más frecuente es *Escherichia coli*, responsable del 65-80% de las prostatitis crónicas bacterianas. Otras bacterias implicadas son *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia* spp, *Klebsiella* spp y *Enterococcus faecalis*.

En la prostatitis crónica no bacteriana el paciente tiene signos de prostatitis, células en la secreción prostática, pero los cultivos habituales son negativos; en ese caso hay que sospechar de infección por *Chlamydia* spp o *Ureaplasma* spp y la administración de antibióticos y alfabloqueantes no ha demostrado su utilidad.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PROSTATITIS CRÓNICA BACTERIANA	La elección del antibiótico se hará según el antibiograma. No está indicado tratamiento empírico salvo que la sintomatología lo requiera. Ciprofloxacino 500 mg/12h vo, 4-6 semanas	Sulfametoxazol/ Trimetoprima  800/160 mg/12h vo, mínimo 6-8 semanas

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Antes de iniciar el tratamiento se recomienda recoger de manera secuencial una muestra de orina de micción limpia, semen y orina postsemen (o al menos las dos primeras) para su cultivo. El tratamiento se debe iniciar lo antes posible y la elección del antibiótico se hará según el antibiograma.

VALORACIÓN RESPUESTA AL TRATAMIENTO

En la mayoría de los casos la fiebre y la disuria desaparecen a los 2-6 días de iniciar el tratamiento. No hay un test validado para la curación de la prostatitis excepto la desaparición de los síntomas

Las **fluorquinolonas**, dadas sus características farmacológicas (alta liposolubilidad y baja unión a proteínas) alcanzan una alta concentración en la próstata, mientras que **sulfametoxazol-trimetoprima** lo hace en menor medida. Sin embargo, ante el aumento de resistencias a las quinolonas de los microorganismos uropatógenos, los tratamientos empíricos con éstas deben ser evitados en la medida de lo posible. El antibiograma guiará el tratamiento más adecuado. El tratamiento de la prostatitis crónica tiene éxito en el 60-80% de los casos.

SEGUIMIENTO

Es recomendable realizar un seguimiento estrecho del paciente para valorar la respuesta y vigilar adherencia y aparición de los efectos adversos.

SEGURIDAD

Las fluorquinolonas pueden prolongar el intervalo QT. Precaución en pacientes con riesgo de arritmias tipo Torsades de Pointes. Precaución con los efectos adversos musculoesqueléticos y sobre el sistema nervioso ([Nota informativa AEMPS 14/2018](#)).

DERIVACIÓN

Si fracasa el tratamiento, se solicitará consulta en Urología.

Si fracasa el tratamiento o hay imposibilidad de tratamiento oral, se solicitará consulta en Urología.

Se realizará derivación urgente hospitalaria si el paciente presenta deterioro del estado general o retención urinaria.

OTROS

Tratamiento sintomático: Asociar analgésicos (paracetamol 500 mg/6h o ibuprofeno 400 mg/8h) y laxantes (lactulosa 15 ml/12h) cuando sea preciso. En aquellos pacientes que presenten un predominio de los problemas miccionales, se puede optar por la asociación de un alfabloqueante, podrían mejorar la sintomatología y disminuir las recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área del Aljarafe [Internet]. Distrito Sanitario Aljarafe, Servicio Andaluz de Salud; 2018 [acceso 4 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaljarafe/guiaTerapeuticaljarafe/guia/guia.asp>
2. Heras-Cañas V, Gutiérrez-Soto B, Serrano-García ML, Vázquez-Alonso F, Navarro-Marí J, Gutiérrez-Fernández J. Prostatitis crónica bacteriana. Estudio clínico y microbiológico de 332 casos. Med Clin (Barc). 2016;147(4):144-7.
3. Meyrier A, Fekete T. Crónica bacterial prostatitis [Internet]. UpToDate. Wolters Kluwer Health; 2018 [acceso 1 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
4. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2017. 390 p.
5. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía terapéutica en Atención Primaria. 6ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2016. 584 p.
6. Yuste JR, del Pozo JL, Carmona-Torre F. Infecciones del tracto Urinario. Medicine. 2018;12(5):3020-30.

7. Bonkat G, Pickard R, Bartoletti R, Cai T, Bruyère F, Geerlings SE, et al. Guidelines on Urological Infections [Internet]. European Association of Urology Guidelines; 2018 [acceso 10 Oct 2018]. Disponible en: <http://uroweb.org/guideline/urological-infections/>
8. Centro de Información Online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA) [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018 [acceso 3 Oct 2018]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
9. Quinolonas y Fluoroquinolonas de administración sistémica: nuevas restricciones de uso. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; MUH (FV), 14/2018. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2018/NI_MUH_FV-14-2018-quinolonas-fluoroquinolonas.htm