

Prostatitis aguda

Fecha de la última revisión: 17/03/2017

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuál es la clínica?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autor](#)

¿De qué hablamos?

Los síndromes de prostatitis se clasifican en (DynaMed, 2016; Krieger JN, 1999; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010) (tabla 1):

- Prostatitis aguda bacteriana.
- Prostatitis crónica bacteriana.
- Prostatitis crónica abacteriana.
- Prostatitis crónica no inflamatoria o prostatodinia.

Tabla 1. Principales características de los síndromes de prostatitis. (Brooke Huffman G, 1999)				
	Aguda bacteriana	Crónica bacteriana	Crónica abacteriana (inflamatoria)	Prostatodinia (crónica no inflamatoria)
% casos	1-5%	5-10%	40-65%	20-40%
Cuadro clínico	Agudo	Infección recurrente	Disconfort genitourinario	Dolor
Edad más frecuente	40-60 años	50-80 años	30-50 años	30-40 años
Tacto rectal	Dolor, calor	Aumentada de tamaño	Variable	Normal
Leucocitos en secreción prostática	Prueba contraindicada	Siempre	Siempre	Raro
Cultivo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo
Respuesta antibiótico	Rápida	Lenta	Ocasional	No

En esta guía se tratará la etiología, diagnóstico y tratamiento de la prostatitis aguda bacteriana.

La prostatitis aguda es una inflamación de la próstata producida por una infección bacteriana. Es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente grave. Suele ser secundaria a instrumentación urológica, obstrucción vesical o diseminación de una infección en lugar anatómico (lo más frecuente, infecciones urológicas) (DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017).

Etiología

Los gérmenes que con más frecuencia causan prostatitis aguda son los gram negativos, especialmente la *Escherichia coli* (Brede CM, 2011; DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010).

Pueden causarla:

- Gram negativos: *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.* y *Pseudomonas spp.*
- Otros: enterococos, *Staphylococcus aureus*, anaerobios (*Bacteroides spp.*).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo más importantes para la prostatitis aguda son (Brede CM, 2011; DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017; Wagenlehner FM, 2013):

- Instrumentación urológica:
 - Sondaje vesico-urinario.
 - Cistoscopia.
 - Manipulaciones prostáticas transuretrales: resección transuretral prostática (RTU), biopsia transrectal.
- Alteraciones anatómicas genitourinarias: hiperplasia benigna de próstata, fimosis, alteración uretral.
- Antecedentes de infecciones urinarias previas: cistitis, uretritis, epididimitis.

¿Cuál es la clínica?

El cuadro clínico suele constar de los siguientes signos y síntomas (DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010; Wagenlehner FM, 2013):

- Sintomatología general:
 - Frecuentemente, afectación importante del estado general.
 - Fiebre (alta), escalofríos.
 - Taquicardia.
 - Artromialgias (valorar bacteriemia).
- Sintomatología urinaria:
 - Disuria, polaquiuria, urgencia miccional.
 - Dolor genitourinario: perineal, lumbosacro, rectal, eyaculatorio.
 - Tacto rectal (*): próstata congestiva, dolorosa y caliente.

(*) Ha de ser cuidadoso, porque podría desencadenar una bacteriemia.

Complicaciones (DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017):

- Puede aparecer una retención aguda de orina (debida al edema prostático).
- Otras (menos frecuentes): absceso prostático, epididimitis, infección metastásica (espinal o sacroilíaca) prostatitis crónica bacteriana.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se establece con la presencia de los síntomas típicos de prostatitis, junto con un tacto rectal compatible (DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017) (ver apartado anterior: ¿Cuál es la clínica?).

Pueden realizarse las siguientes pruebas complementarias, para apoyar el diagnóstico (Brede CM, 2011; DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010):

- Analítica de orina. Urocultivo.
 - Para evaluar el patógeno, y ajustar el tratamiento antibiótico.
- Analítica sanguínea.
 - Los marcadores e inflamación (VSG, PCR) pueden estar elevados.
 - El PSA puede estar aumentado (Gamé X, 2003).
- Estudio de la secreción prostática (tras masaje prostático).
 - Está contraindicado por el riesgo de bacteriemia y porque es muy doloroso para el paciente.

Diagnóstico diferencial. Valorar otras causas de disuria en varones (DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017; Roberts RG, 1999):

- Infecciones del tracto urinario: cistitis, pielonefritis, uretritis, orqui-epididimitis.
- Hiperplasia benigna de próstata.
- Urolitiasis.
- Neoplasias: vesicales, renales.
- Enfermedades generales con disuria: síndrome de Reiter, enfermedad de Beçhet.

¿Cómo se trata?

Recomendaciones generales de tratamiento

- El tratamiento con antibióticos debe iniciarse precozmente, antes de realizar urocultivo y mientras se espera su resultado, para evitar el riesgo de complicaciones (absceso prostático o sepsis) (Brede CM, 2011; DynaMed, 2016; Grabe M, 2015; Meyrier A, 2017).
- Una vez con los resultados del urocultivo, se puede reevaluar la elección del antibiótico (DynaMed, 2016; Grabe M, 2015; Meyrier A, 2017).
- Duración del tratamiento. Se considera un tratamiento adecuado entre 4 a 6 semanas de duración (DynaMed, 2016; Grabe M, 2015; Meyrier A, 2017; Wagenlehner FM, 2007; Wagenlehner FM, 2013).
 - Debido a la escasa penetración antimicrobiana de los antibióticos en el tejido prostático, se aconseja un tratamiento prolongado.
 - El tratamiento prolongado, así mismo, ayuda a prevenir la aparición de prostatitis crónica bacteriana.

Antibióticos (Brede CM, 2011; DynaMed, 2016; Grabe M, 2015; Lipsky BA, 2010; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010)

Hay que evaluar y tener en cuenta la resistencia local de los diferentes patógenos (DynaMed, 2016).

El tratamiento de primera elección son las quinolonas o las cefalosporinas de tercera generación (Grabe M, 2015).

- Quinolonas:
 - **Ciprofloxacino**: 500 mg/12 horas durante 28 días.
 - **Ofloxacino**: 200 mg/12 horas durante 28 días.
 - **Levofloxacino**: 400 mg/24 horas durante 28 días.
- Cefalosporinas de tercera generación:
 - **Cefixima**: 400 mg/24 horas durante 28 días.

Otras opciones, si existe alergia a las quinolonas o como segunda opción puede ser (Grabe M, 2015; DynaMed, 2016):

- **Cotrimoxazol** 160/800 mg/12 horas durante 28 días.

Otros antibióticos de perfil hospitalario (Grabe M, 2015; DynaMed, 2016):

- Penicilinas (piperacilina/tazobactam, ampicilina/sulbactam).
- Cefalosporina de tercera generación (**cefazolina**, **cefalexina**).
- Monobactam, carbapenem.

Otros medicamentos (DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017)

- **Paracetamol** o AINEs (antiinflamatorios no esteroideos).
 - Tratamiento de la fiebre y el dolor prostático.

Valoración hospitalaria (Brede CM, 2011; DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010)

- Valorar la derivación urgente al hospital ante la presencia de deterioro general importante (fiebre alta, deshidratación, etc.).
 - Pacientes con riesgo de inmunosupresión (VIH, DM, neoplasias, etc.).
 - No respuesta a antibióticos tras 24-48 horas. Hay que pensar en un posible absceso prostático. Se diagnostica mediante tomografía computerizada, y es posible que requiera drenaje transuretral.
 - Aparición de retención urinaria. En este caso está contraindicado el sondaje vesical uretral y puede ser preciso sondaje suprapúbico para evitar lesiones prostáticas posteriores.

Seguimiento

- Se recomienda realizar una visita de control tras 24-48 horas de comenzar el antibiótico, para valorar la evolución clínica del paciente (Brede CM, 2011; DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010; Wagenlehner FM, 2013).
 - Valorar posible complicación absceso prostático si persiste fiebre y sintomatología a pesar de tratamiento con antibiótico (Brede CM, 2011; DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010; Wagenlehner FM, 2013).
- Se recomienda realización de urocultivo una semana después de haber terminado tratamiento con antibiótico (DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010).
- Se recomienda valorar un estudio urológico posteriormente a la resolución de la prostatitis, para descartar anomalías previas del tracto genitourinario, sobre todo pacientes con sintomatología persistente o episodios de repetición (Brede CM, 2011; DynaMed, 2016; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010).

Bibliografía

- Brede CM, Shoskes DA. The etiology and management of acute prostatitis. Nat Rev Urol. 2011;8(4):207-12. PubMed [PMID: 21403661](#)
- Brooke Huffman G. Characteristics of the Major Types of Prostatitis. Am Fam Physician. 1999 Oct 15;60(6):1821-1824. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/1999/1015/p1821a.html>
- DynaMed. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995-2016. Record No. 113997, Acute bacterial prostatitis [consultado 5-11-2016]. Disponible en: <http://www.dynamed.com>
- Gamé X, Vincendeau S, Palascak R, Milcent S, Fournier R, Houlgatte A. Total and free serum prostate specific antigen levels during the first month of acute prostatitis. Eur Urol. 2003;43(6):702-5. PubMed [PMID: 12767374](#). [Texto completo](#)
- Grabe M, Bartoletti R, Bjerklund Johansen TE, Cai T, Çek M, Köves B, et al. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology; 2015. [Texto completo](#)
- Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. JAMA. 1999;282(3):236-7. PubMed [PMID: 10422990](#)
- Lipsky BA, Byren I, Hoey CT. Treatment of bacterial prostatitis. Clin Infect Dis. 2010;50(12):1641-52. PubMed [PMID: 20459324](#). [Texto completo](#)
- Meyrier A, Fekete T. Acute bacterial prostatitis. En: Calderwood SB, Bloom A, editors. UpToDate; 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-bacterial-prostatitis>
- Roberts RG, Hartlaub PP. Evaluation of dysuria in men. Am Fam Physician. 1999;60(3):865-72. PubMed [PMID: 10498112](#). [Texto completo](#)
- Sharp VJ, Takacs EB, Powell CR. Prostatitis: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2010;82(4):397-406. PubMed [PMID: 20704171](#). [Texto completo](#)
- Wagenlehner FM, Pilatz A, Bschiepfer T, Diemer T, Linn T, Meinhardt A, et al. Bacterial prostatitis. World J Urol. 2013;31(4):711-6. PubMed [PMID: 23519458](#)
- Wagenlehner FM, Weidner W, Naber KG. Therapy for prostatitis, with emphasis on bacterial prostatitis. Expert Opin Pharmacother. 2007;8(11):1667-74. PubMed [PMID: 17685884](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Coker TJ, Dierfeldt DM. Acute Bacterial Prostatitis: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2016 Jan 15;93(2):114-20. PubMed [PMID: 26926407](#)
- Grabe M, Bartoletti R, Bjerklund Johansen TE, Cai T, Çek M, Köves B, et al. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology; 2015. [Texto completo](#)
- Schaeffer AJ, Nicolle LE. CLINICAL PRACTICE. Urinary Tract Infections in Older Men. N Engl J Med. 2016 Feb 11;374(6):562-71. PubMed [PMID: 26863357](#)
- Wagenlehner FM, Weidner W, Pilatz A, Naber KG. Urinary tract infections and bacterial prostatitis in men. Curr Opin Infect Dis. 2014 Feb;27(1):97-101. PubMed [PMID: 24253463](#)

Autor

- Adolfo Hervás Angulo Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de Salud Buztintxuri. Pamplona (Navarra). España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

