

Prostatitis crónica

Fecha de la última revisión: 18/04/2017

Índice de contenidos

1. ¿De qué hablamos?
2. Prostatitis crónica bacteriana
3. Prostatitis crónica abacteriana/prostatodinia
4. Bibliografía
5. Más en la red
6. Autor

¿De qué hablamos?

Los síndromes de prostatitis se clasifican en (DynaMed, 2016a; DynaMed, 2016b; Meyrier A, 2017; Pontari M, 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 revisa la etiología, diagnóstico y tratamiento de las prostatitis crónicas (bacteriana y abacteriana/prostatodinia).

Prostatitis crónica bacteriana

Es una infección bacteriana crónica (más de tres meses) de la próstata con o sin síntomas de prostatitis, que cursa con infecciones recurrentes del tracto urinario causadas por la misma cepa bacteriana sin que se detecte ningún tipo de anomalías estructurales (Meyrier A, 2017; DynaMed, 2016a).

Etiología (DynaMed, 2016a; Lipsky BA, 2010; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010)

La prostatitis crónica bacteriana puede ser complicación de una **prostatitis aguda**, pero en ocasiones no podemos identificar una infección prostática previa.

Los gérmenes implicados son los mismos que en la prostatitis aguda, siendo el más común la *Escherichia coli*. Otro patógeno frecuente es la *Chlamydia trachomatis* (hay que valorarla sobre todo en pacientes con alta sospecha de prostatitis crónica con urocultivo y/o cultivo de secreción prostática negativo).

Cuadro clínico (DynaMed, 2016a; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010)

En gran número de casos, el paciente se encuentra asintomático y se sospecha prostatitis crónica bacteriana en caso de infecciones urinarias de repetición sin sondaje urinario y en pacientes con bacteriuria incidental.

El diagnóstico diferencial con la hiperplasia benigna de próstata se hace complicado por presentar a veces una sintomatología similar. Con el tacto rectal podemos encontrar hipertrofia o edema prostático, pero frecuentemente la exploración es normal.

Diagnóstico (DynaMed, 2016a; Meyrier A, 2017; Sharp VJ, 2010)

La prueba de los 4 vasos o de Stamey-Meares mediante masaje prostático es con frecuencia utilizada en el diagnóstico a pesar de la falta de estudios que avalen su utilidad y precisión. Cabe recordar que el principal inconveniente de esta prueba diagnóstica es su sensibilidad y especificidad.

Se trata de recoger diferentes muestras de orina y de secreción prostática inmediatamente tras la realización de masaje prostático, de la siguiente forma:

- Orina. Se recogen 3 muestras de orina:
 - Primera: al comenzar la micción.

- Segunda: orina de la mitad de la micción.
 - Tercera: orina inmediatamente posterior al masaje.
 - y una de secreción prostática tras masaje de periferia a centro.
- Secreción prostática. Se recoge tras la realización del masaje prostático.
- Normalmente el cultivo de orina o de la secreción uretral posteriores al masaje prostático son positivos (>10 leucocitos/ml).

Inconvenientes del masaje prostático:

- Principalmente su sensibilidad y especificidad como prueba diagnóstica. Un cultivo negativo no descarta la posibilidad de prostatitis crónica bacteriana.
- Es relativamente frecuente que el masaje prostático no sea capaz de provocar una secreción prostática adecuada.
- Se trata de una prueba difícil de realizar correctamente y frecuentemente molesta para el paciente.

Puede valorarse la realización de ecografía prostática, sobre todo para descartar complicaciones de una prostatitis aguda bacteriana previa (por ejemplo: absceso prostático).

Diagnóstico diferencial: fundamentalmente con prostatitis crónica abacteriana/prostatodinia.

Tratamiento (DynaMed, 2016a; Erickson BA, 2008; Meyrier A, 2017; Naber KG, 2001; Perletti G, 2013; Sharp VJ, 2010)

Consideraciones generales:

- La mayoría de terapias propuestas para la prostatitis crónica bacteriana, han sido escasamente estudiadas.
- Los fármacos que han demostrado su eficacia, son los antibióticos, sobre todo las quinolonas, ya que penetran bien en el tejido prostático inflamado. La eficacia microbiológica y clínica, así como el perfil de efectos adversos, de las diferentes fluoroquinolonas orales son comparables.
- Una alternativa a las quinolonas son las sulfamidas (**trimetoprim-sulfametoxazol**). En pacientes con infección por *Chlamydia spp.*, una opción pueden ser las tetraciclinas o los macrólidos.
- Las pautas de tratamiento se recomiendan que sean largas: al menos 6 semanas para las quinolonas y hasta 8 semanas para antibióticos de otro tipos.
- Son frecuentes las recurrencias, que deben ser tratadas con una nueva tanda de antibioticoterapia. Hay que valorar resistencia a antibióticos, falta de adherencia al tratamiento.
- En caso de persistencia de los síntomas, se debería descartar un síndrome doloroso crónico pelviano y otras anomalías urológicas.

Fármacos:

- Antibióticos (**ciprofloxacino, levofloxacino**) en pautas de 4-6 semanas. Levofloxacino es tan efectivo como el ciprofloxacino en lograr tasas de éxito clínico (definido como la completa resolución de los síntomas o mejoría en los síntomas) a los 6 meses (Grabe M, 2015; Bundrick W, 2003; Naber KG, 2001).
- Alternativas a quinolonas:
 - Sulfonamidas (**trimetoprim-sulfametoxazol**).
 - Tetraciclinas y macrólidos (*Chlamydia spp.*).
- Otras terapias que se han ensayado, pero con resultados no claros de su efectividad:
 - Alfa-bloqueantes (Alexander RB, 2004; Mishra VC, 2007; Barbalias GA, 1998).
 - Antibióticos intra-prostáticos (Hu WL, 2002; Baert L, 1988).

Prostatitis crónica abacteriana/prostatodinia

La prostatitis crónica abacteriana (PCA)/prostatodinia (Pd) se caracteriza por dolor en el periné o suelo pélvico de al menos 3 meses de duración, a menudo asociado a síntomas del tracto urinario (disuria, polaquiuria, urgencia) y a disfunción sexual (disfunción eréctil, eyaculación dolorosa, malestar pélvico postcoital) (Engeler D, 2014; DynaMed, 2016b; Pontari M, 2017; Sharp VJ, 2010).

Hablamos de una patología de etiología incierta, difícil de entender y con poca correlación entre síntomas, histología y tratamiento. Algunos autores usan el término "síndrome de dolor pélvico crónico", para no relacionarla necesariamente con una causa prostática, ya que no está claro el papel de la próstata en este síndrome. Es de manejo difícil, con síntomas que pueden persistir o fluctuar durante años (Engeler D, 2014; DynaMed, 2016b; Pontari M, 2017; Sharp VJ, 2010; Schaeffer AJ, 2006).

Etiología (Engeler D, 2014; DynaMed, 2016b; Pontari M, 2017; Sharp VJ, 2010)

La etiología de la PCA/Pd es desconocida. Aun no se conoce cuál es el papel de la próstata en este síndrome. Hay diferentes teorías sobre su posible etiología.

- Se postula que puede ser una infección por gérmenes no comunes (*Chlamydia trachomatis*, *Ureoplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, etc.).
- Algunos investigadores piensan que podría ser un problema inflamatorio-inmunológico.
- Factores psicológicos: en algunos estudios, se ha encontrado que los factores psicológicos (somatizaciones, depresión, etc.) son más frecuentes en los pacientes que tienen una prostatitis crónica abacteriana.

Cuadro clínico (Engeler D, 2014; DynaMed, 2016b; Pontari M, 2017; Sharp VJ, 2010)

La PCA/Pd es un síndrome clínico que se caracteriza por una suma de: sintomatología genito-urológica (disconfort eyaculatorio o disuria) y dolor-disconfort en la región pélvica (dolor perineal, dolor abdominal bajo, dolor en pene y/o testicular). Puede afectar seriamente a la calidad de vida del paciente. El tacto rectal es similar al de la prostatitis crónica bacteriana (PCB), frecuentemente normal, aunque podemos encontrar hipertrofia o edema prostático.

Diagnóstico (Engeler D, 2014; DynaMed, 2016b; Pontari M, 2017; Sharp VJ, 2010)

No hay una prueba "gold-standard" para el diagnóstico de la PCA/Pd (McNaughton Collins M, 2000), por lo que se diagnostica por exclusión (Engeler D, 2014; DynaMed, 2016b; Pontari M, 2017; Sharp VJ, 2010).

Normalmente habría que realizar un examen físico (tacto rectal y/o masaje prostático) y una analítica urinaria con urocultivo, que resultará negativo. La prueba de los 4 vasos (o masaje prostático) no está indicada. En determinados casos pueden valorarse: cribado de enfermedades de transmisión sexual, citología (microhematuria), urodinamia (disfunción vesical), PSA (tacto rectal anormal) y ecografía transrectal (eyaculación dolorosa) (DynaMed, 2016b; Pontari M, 2017).

Tratamiento (Anothaisintawee T, 2011; Cohen JM, 2012; Engeler D, 2014; Erickson BA, 2008; DynaMed, 2016b; Pontari M, 2017; Sharp VJ, 2010)

Consideraciones generales:

- Informar al paciente acerca de su patología, su evolución habitual y la dificultad en el tratamiento, ya que no hay un fármaco ideal (DynaMed, 2016b; Pontari M, 2017).
- Se recomiendan terapias individualizadas y multidisciplinarias (Magistro G, 2016).
- Si una terapia no ha funcionado en un paciente, no conviene repetirla (DynaMed, 2016b).
- Las terapias a considerar en primer término son: alfa-bloqueantes, antimicrobianos y AINEs (DynaMed, 2016b; Pontari M, 2017).

Fármacos:

- Alfa-bloqueantes ([alfuzosina](#), [doxazosina](#), [silodosina](#), [tamsulosina](#), [terazosina](#)) (Anothaisintawee T, 2011; Cohen JM, 2012; Erickson BA, 2008; Engeler D, 2014; Mishra VC, 2007; Pontari M, 2017; DynaMed, 2016b).
 - Pueden valorarse en pacientes recién diagnosticados, con duración de síntomas menores de un año (Pontari M, 2017; DynaMed, 2016b).
- Antimicrobianos:
 - Pueden valorarse en pacientes recién diagnosticados, con duración de síntomas menores de un año. La duración del tratamiento se recomienda que sea de al menos 6 semanas (DynaMed, 2016b; Pontari M, 2017).
 - Fundamentalmente quinolonas: [ciprofloxacino](#), [levofloxacino](#) (DynaMed, 2016b; Pontari M, 2017).
 - Cabe destacar que algunas revisiones sistemáticas informan de su escasa eficacia en esta patología (Cohen JM, 2012).
- Antiinflamatorios (AINEs, inhibidores de la Cox-2):
 - Hay revisiones que valoran su posible utilidad en esta patología (Anothaisintawee T, 2011) y otros que reportan una eficacia moderada (Cohen JM, 2012).
 - Hay que considerar también los efectos secundarios potenciales en tratamientos a medio y largo plazo.
- Otras terapias que se han ensayado, pero con resultados no claros de su efectividad (Erickson BA, 2008; Pontari M, 2017; DynaMed, 2016b).
 - [Alopurinol](#): no ha demostrado eficacia (McNaughton CO, 2002).
 - [Pregabalina](#): no ha demostrado eficacia (Aboumarzouk OM, 2012).
 - Acupuntura (Lee SH, 2011): ha demostrado que puede ser eficaz, con una ligera mejoría de la sintomatología.
 - Cirugía: no hay evidencias de que diferentes técnicas quirúrgicas (resección transuretral prostática, prostatectomía radical) tengan eficacia (DynaMed, 2016b).
 - [Finasterida](#): no existe evidencia suficiente (Nickel JC, 2004).
 - Masaje prostático: podría ser potencialmente perjudicial (Ateya A, 2006).

Bibliografía

- Aboumarzouk OM, Nelson RL. Pregabalin for chronic prostatitis. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(8):CD009063. PubMed [PMID: 22895982](#)
- Alexander RB, Probert KJ, Schaeffer AJ, Landis JR, Nickel JC, O'Leary MP, et al; Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind trial. Ann Intern Med. 2004;141(8):581-9. PubMed [PMID: 15492337](#). [Texto completo](#)
- Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, Thammakraisorn S, Numthavaj P, McEvoy M, et al. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. JAMA. 2011;305(1):78-86. PubMed [PMID: 21205969](#). [Texto completo](#)
- Ateya A, Fayez A, Hani R, Zohdy W, Gabbar MA, Shamloul R. Evaluation of prostatic massage in treatment of chronic prostatitis. Urology. 2006;67(4):674-8. PubMed [PMID: 16566972](#)
- Baert L, Leonard A. Chronic bacterial prostatitis: 10 years of experience with local antibiotics. J Urol. 1988;140(4):755-7. PubMed [PMID: 3047435](#)
- Barbalias GA, Nikiforidis G, Liatsikos EN. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics. J Urol. 1998;159(3):883-7. PubMed [PMID: 9474175](#)
- 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>
- Bundrick W, Heron SP, Ray P, Schiff WM, Tennenberg AM, Wiesinger BA, et al. Levofloxacin versus ciprofloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis: a randomized double-blind multicenter study. Urology. 2003;62(3):537-41. PubMed [PMID: 12946763](#)
- Cohen JM, Fagin AP, Hariton E, Niska JR, Pierce MW, Kuriyama A, et al. Therapeutic intervention for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2012;7(8):e41941. PubMed [PMID: 22870266](#). [Texto completo](#)
- DynaMed (a). Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995-2016. Record No. 905991, Chronic bacterial prostatitis [consultado 22-11-2016]. Disponible en: <http://www.dynamed.com>
- DynaMed (b). Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995-2016. Record No. 115325, Chronic prostatitis/Chronic pelvic pain syndrome [consultado 5-11-2016]. Disponible en: <http://www.dynamed.com>
- Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, Cottrell A, Dinis-Oliveira P, Elneil S, et al. Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Association of Urology; 2014. [Texto completo](#)
- Erickson BA, Schaeffer AJ, Van Le B. Chronic prostatitis. BMJ Clin Evid. 2008;2008. pii: 1802. PubMed [PMID: 19450305](#). [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](#)
- Hu WL, Zhong SZ, He HX. Treatment of chronic bacterial prostatitis with amikacin through anal submucosal injection. Asian J Androl. 2002;4(3):163-7. PubMed [PMID: 12364969](#). [Texto completo](#)
- Lee SH, Lee BC. Use of acupuncture as a treatment method for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndromes. Curr Urol Rep. 2011;12(4):288-96. PubMed [PMID: 21472420](#)
- Lipsky BA, Byren I, Hoey CT. Treatment of bacterial prostatitis. Clin Infect Dis. 2010;50(12):1641-52. PubMed [PMID: 20459324](#). [Texto completo](#)
- Magistro G, Wagenlehner FM, Grabe M, Weidner W, Stief CG, Nickel JC. Contemporary Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. Eur Urol. 2016;69(2):286-97. PubMed [PMID: 26411805](#). [Texto completo](#)
- McNaughton CO, Wilt T. Allopurinol for chronic prostatitis. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(4):CD001041. PubMed [PMID: 12519549](#)
- McNaughton Collins M, MacDonald R, Wilt TJ. Diagnosis and treatment of chronic abacterial prostatitis: a systematic review. Ann Intern Med. 2000;133(5):367-81. PubMed [PMID: 10979882](#)
- Meyrier A, Fekete T. Chronic bacterial prostatitis. En: Calderwood SB, Bloom A, editors. UpToDate; 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-bacterial-prostatitis>
- Mishra VC, Browne J, Emberton M. Role of alpha-blockers in type III prostatitis: a systematic review of the literature. J Urol. 2007;177(1):25-30. PubMed [PMID: 17161995](#)
- Naber KG, Bergman B, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Lobel B, et al; Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU). EAU guidelines for the management of urinary and male genital tract infections. Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU). Eur Urol. 2001;40(5):576-88. PubMed [PMID: 11752870](#)
- Nickel JC, Downey J, Pontari MA, Shoskes DA, Zeitlin SI. A randomized placebo-controlled multicentre study to evaluate the safety and efficacy of finasteride for male chronic pelvic pain syndrome (category IIIA chronic nonbacterial prostatitis). BJU Int. 2004;93(7):991-5. PubMed [PMID: 15142149](#). [Texto completo](#)
- Perletti G, Marras E, Wagenlehner FM, Magri V. Antimicrobial therapy for chronic bacterial prostatitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8):CD009071. PubMed [PMID: 23934982](#). [Texto completo](#)
- Pontari M. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. En: O'Leary MP, Libman H, editors. UpToDate; 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-prostatitis-chronic-pelvic-pain-syndrome>
- Schaeffer AJ. Clinical practice. Chronic prostatitis and the chronic pelvic pain syndrome. N Engl J Med. 2006;355(16):1690-8. PubMed [PMID: 17050893](#)

- Sharp VJ, Takacs EB, Powell CR. Prostatitis: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2010;82(4):397-406. PubMed [PMID: 20704171](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- 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](#)
- Holt JD, Garrett WA, McCurry TK, Teichman JM. Common Questions About Chronic Prostatitis. Am Fam Physician. 2016 Feb 15;93(4):290-6. PubMed [PMID: 26926816](#). [Texto completo](#)
- Magistro G, Wagenlehner FM, Grabe M, Weidner W, Stief CG, Nickel JC. Contemporary Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. Eur Urol. 2016;69(2):286-97. PubMed [PMID: 26411805](#). [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](#)
- Stein A, May T, Dekel Y. Chronic pelvic pain syndrome: a clinical enigma. Postgrad Med. 2014 Jul;126(4):115-23. PubMed [PMID: 25141249](#)

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](#) |

