

CAPÍTULO 10.

Diagnóstico y Tratamiento de la Prostatitis.

Dr. Eliezer Melean, Dr. Fernando Giordano, Dr. Alessandro Colantuono.

1. Introducción.

El concepto de prostatitis abarca una amplia gama de síntomas inespecíficos del tracto genitourinario inferior, como el dolor en la zona perineal o genital, la presencia de síntomas urinarios como la disuria o polaquiuria, y también la disfunción sexual en sus diferentes formas. Este término engloba una variedad de enfermedades, desde infecciones como la prostatitis bacteriana aguda y crónica, hasta el síndrome de dolor pélvico o incluso la prostatitis asintomática.

La prostatitis es el trastorno más frecuente del tracto urinario en hombres menores de 50 años y el tercer trastorno más común en aquellos mayores de 50 años (2Link). Esta condición resulta en aproximadamente dos millones de consultas médicas en los Estados Unidos cada año (2). La prevalencia oscila entre el 8% y el 16%; sin embargo, solo del 5% al 10% de los casos de prostatitis se identifican como de origen bacteriano (3Link). El diagnóstico y tratamiento de la prostatitis representan un desafío tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

La naturaleza subjetiva de los síntomas y la variabilidad en las manifestaciones clínicas dificultan su abordaje, lo que implica una atención integral y a menudo a largo plazo. El impacto en la calidad de vida de los pacientes resalta la necesidad de estrategias de tratamiento efectivas y sostenibles.

2. Clasificación de la prostatitis NIH.

El Instituto Nacional de Salud (NIH) por sus siglas en inglés, propuso una clasificación de las prostatitis en 1995, basada en la cronicidad y en la identificación de leucocitos en el cultivo de orina expresado de acuerdo a la forma plural; es decir, polimorfonucleares, la cual ha sido aceptada universalmente y con ligeras variaciones por la clasificación de *World Health Organization*. La

clasificación consiste en dividir a las prostatitis en cuatro categorías de acuerdo a sus diferentes características:

2.1. Prostatitis Aguda.

La prostatitis bacteriana aguda es una infección de la próstata causada por bacterias. Los síntomas de la prostatitis aguda suelen incluir fiebre, escalofríos y dolor en la zona pélvica. La *Escherichia coli* es el patógeno más común representando el 50%-87% de los casos. Otros patógenos incluyen enterobacterias (Ej. *Klebsiella* y *Proteus* sp; 10%-30%), bacilos gramnegativos no fermentadores (Ej. *Pseudomonas* sp; 5%-15% de los casos), y el *Enterococcus* sp. (5%-10% de los casos) [8-15]. Las infecciones comúnmente son causadas por un solo organismo, pero ocasionalmente pueden aislarse dos o más. (15). Pudiendo observarse cultivos mixtos en el 2,4% de los ABP [14] (NE: 3). *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* debe considerarse en hombres sexualmente activos.

2.2. Prostatitis Crónica Bacteriana.

La prostatitis crónica bacteriana es una condición caracterizada por la inflamación persistente de la próstata que se presenta con una amplia variedad de síntomas y signos; constituye el 5% de los casos. Cerca del 10% de los casos de prostatitis aguda se convierte en crónica si no se trata de manera correcta.

La PCB puede ser el resultado de una infección uretral ascendente, una propagación linfogénica de bacterias rectales, una propagación hematogénica de bacterias de una fuente remota, prostatitis bacteriana aguda poco tratada o infección recurrente del tracto urinario con reflujo prostático. Los agentes causantes son similares a los de la ABP incluyen los varillas Gram negativos, hongos, micobacterias, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis* (14) y *Trichomonas vaginalis*. Sin embargo, se cree que ***Escherichia coli*** es el organismo causal en el 75-80% de los casos de CBP.

El diagnóstico de la prostatitis crónica bacteriana se basa en el aislamiento bacteriano en cultivos de muestras genitourinarias como muestras de orina, semen y fluido prostático. Estos cultivos permiten identificar las bacterias específicas que están causando la infección y también pueden ayudar a determinar la sensibilidad de las bacterias a diferentes antibióticos, lo cual es esencial para un tratamiento adecuado. Además, es importante resaltar que la

presencia de bacterias en los cultivos es fundamental para confirmar el diagnóstico de CBP, ya que la simple presencia de síntomas no es suficiente para hacer un diagnóstico preciso.

En algunos casos, cuando los síntomas son severos o no responden adecuadamente al tratamiento, se puede considerar la realización de una biopsia prostática. Sin embargo, esto es raramente necesario y generalmente se reserva para casos en los que hay sospecha de Cáncer de próstata u otras condiciones más graves.

Se deben considerar instrumentos fiables, como las escalas NIH-CPSI, IPSS y UPOINT, para evaluar la gravedad de los síntomas iniciales, evaluar las diferencias fenotípicas y controlar la respuesta de los pacientes a la intervención terapéutica.

En resumen, la prostatitis crónica bacteriana es una condición médica que se caracteriza por infecciones recurrentes causadas por bacterias en el aparato genitourinario y trastornos inmunológicos locales. El diagnóstico se hace mediante el aislamiento bacteriano en cultivos de muestras genitourinarias y el tratamiento generalmente implica el uso de antibióticos específicos.

2.3. Prostatitis Crónica no Bacteriana.

La prostatitis crónica no bacteriana (PC/NBP) es un síndrome clínico que se caracteriza por la cronicidad de los síntomas, dolor pelviano perineal y los resultados de los urocultivos y cultivo prostático negativos; excluyendo los datos clínicos y los hallazgos del semen prostático, que sugieren la presencia de un infiltrado inflamatorio monocitario en el parénquima prostático. Los síntomas son inespecíficos, y el único dato clave para el diagnóstico es el hallazgo de células inflamatorias en el semen (leucocitosis seminal).

El diagnóstico de PC/NBP requiere que esté presente por lo menos uno de estos dos síntomas: dolor pélvico (perineal), y/o síntomas genitourinarios, asociado a 1 de las siguientes pruebas diagnósticas: urocultivo uretral y cultivo prostático negativos, pero con la presencia de células inflamatorias en el semen: Criterio de leucocitosis para el líquido prostático espermático establecido en 2008 por el NHI, *National Institute of Health*, en los Estados Unidos. El NIH

propuso la siguiente taxonomía: PC/NBP, CP/BPS infecciosa, CP/BPS no inflamatoria y CP/BPS inflamatoria.

Los objetivos que se persiguen con el tratamiento de la prostatitis crónica no bacteriana son aliviar el dolor, normalizar la micción y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento de estos pacientes precisa de una actitud activa, de instaurar un tratamiento médico que influya en el control o desaparición de la reacción inflamatoria en la glándula y tejidos periuretrales, y en aliviar los síntomas dolorosos; razón por la cual debe considerarse la utilización de diferentes fármacos.

Entre la mayoría de los tratamientos no se encuentra una evidencia contrastada para su utilización ya que no existen estudios aleatorizados y suelen utilizarse en base a su acción sobre diferentes componentes que podrían estar involucrados. Se debe hacer con fármacos seguros, después de haber utilizado el tratamiento no farmacológico adecuado.

2.4. Prostatitis Asintomática Inflamatoria.

La prostatitis asintomática inflamatoria se identifica por hallazgos durante una evaluación con tacto rectal o por un aumento del PSA. En algunos pacientes, durante la evaluación clínica, se puede palpar una próstata aumentada de tamaño, firme o erosionada. Otros pacientes pueden presentar sintomatología irritativa urinaria, sexual o de dolor pelviano, incluso persistente. La forma clínica es extraña.

La literatura científica indica que los pacientes con hallazgos de PAI durante la evaluación clínica no suelen experimentar mejoría ni empeoramiento de su condición; por lo tanto, la recomendación es la no intervención. En casos donde se encuentre un hallazgo incidental de PAI a través de pruebas paraclínicas como un aumento en el PSA (especialmente si es superior a 4 ng/mL), se sugiere realizar hemocultivos y administrar un tratamiento con antibióticos durante 2 semanas. Aquellos pacientes con PSA elevado y hallazgos ecográficos anormales, pero sin evidencia histológica ni clínica de cáncer de próstata, deben recibir tratamiento. Algunos pacientes con PAI pueden ser tratados con antiinflamatorios o cambios en el estilo de vida. En ciertos casos, se puede optar por un enfoque más conservador.

3. Epidemiología de la Prostatitis.

Determinar la incidencia real de la prostatitis es un desafío, dado que este síndrome puede ser clínicamente similar a infecciones que afectan otras áreas del sistema genitourinario. En hombres de raza blanca representa el 8% de la consulta urológica. El motivo de la prostatitis bacteriana constituye aproximadamente de un 10 a 15% de todos los casos de prostatitis y es la causa más frecuente de bacteriemia en varones atendidos por especialistas urológicos. Las tasas de incidencia pueden variar según el grupo poblacional estudiado y los criterios de diagnóstico empleados.

En el estudio INTROSPIC, se confirmó la presencia de prostatitis aguda bacteriana en 68 hombres, dentro de un grupo de 9051 hombres con el diagnóstico clínico de prostatitis aguda, la mayoría causada por *E.coli*, *klebsiella*, *próteus* y enterococo, y solo en 6 pacientes por otros 4 microorganismos. En una población masculina entre 20-40 años, se encontró que el 50% tuvo síntomas una vez en su vida, el 8% presentó 4 o más episodios, y el 25% fue asintomático en una ocasión. Por otro lado, en el estudio Proscar, alrededor de 1.300 de 10.000 hombres entre 50-70 años tenían síntomas de prostatitis crónica.

Cuatro series que excluyeron la prostatitis en un segundo momento de la biopsia prostática mostraron una tasa del 0% en 904 hombres de 38 a 68 años sometidos a una biopsia de próstata secundaria en áreas específicas de sospecha de Cáncer de próstata. Se observó que la inflamación fue más evidente en ausencia de prostatitis bacteriana significativa (N=236) y de leucocitos intraprostáticos en la biopsia, en comparación con las apariciones cervicales en todos menos 33 de los 904 controles.

4. Etiología y Factores de Riesgo.

El diagnóstico microbiológico es esencial y debe realizarse antes de iniciar una terapia antimicrobiana. Los cultivos no son homogéneos por diferentes razones, en su mayoría relacionadas con el diseño del estudio. Únicamente en el trabajo de Mey se publican datos, pero realizan un screening previo con cuatro técnicas en ciertos casos (cocos grampositivos en aislamiento único no esporulados). En monoterapia la doxiciclina sin resultados previos únicamente se obtiene aislados en 5,9% de los casos (*Staphylococcus saprophyticus*)

principalmente Mikasa, Iwamura, Takeda y Miyake han recogido en sus estudios otras bacterias en el 14,7% de los casos (2 *S. albus/apiospermum*, 1 PDTM no esporulado, 2 estafilococos coagulasa negativa y 2 *Enterococcus faecalis* en orina y fístula vesicocutánea de tres pacientes distintos). El análisis microbiológico es algo excepcional, sólo lo reportan claramente 4 de 96 estudios analizados (Medina, Martínez-Piñeiro, Bassas, Marín).

En todos los casos el mayor grupo lo constituyen las especies gram negativos (49%), que se aíslan del 16,8-17,6% de los pacientes. Les siguen las bacterias enterobacterianas con un 26,4% (10,5-37%). Son aisladas en mayor proporción, del 23,3 al 44,6%, pero fundamentalmente en pequeñas series. Otros cultivos significativos son los siguientes: gram positivos distintos a las enterobacterianas antes reseñadas en el 10,2-16,8%; gram negativos esporulados del 5,5-6,6% y finalmente 5,5-9% de otros gérmenes gram negativos.

5. Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico.

Los pacientes con prostatitis aguda bacteriana (PAB) por lo general se presentan con fiebre y varios síntomas generales que dan cuenta de la toxicidad sistémica ocasionada por la infección de la próstata, como fiebre, escalofríos y mialgias. En un gran número de pacientes, la fiebre puede ser tan elevada (40°C) que puede llevar a manifestaciones de vértigo y de hipotensión postural en el examen físico.

Esta combinación de dolor pélvico o rectal, fiebre y síntomas urinarios bajos, que incluye a los pacientes con infección aguda del tracto urinario bajo (SIATUB) ha generado la polémica sobre la nomenclatura preferida. Adicionalmente, la prostatitis, SIATUB y las enfermedades inflamatorias de las vesículas seminales (EIVS) tienen una presentación clínica semejante y prácticamente no se pueden distinguir.

En general, los pacientes con prostatitis crónica bacteriana (PCB) padecen síntomas locales (dolor, síntomas urinarios bajos y de la región perineal) por un tiempo considerable. A pesar de existir muchas manifestaciones clínicas asociadas con la Prostatitis crónica bacteriana (PCB), la enfermedad es hallada generalmente por la presencia de síntomas sistémicos (mialgias, artralgias, fiebre, etc.) durante un episodio de infección urinaria baja.

Hasta el 82% de pacientes puede presentar recuentos sanguíneos anormales, incluyendo una elevación en el recuento de leucocitos, la fórmula leucocitaria desviada y elevación de los marcadores séricos de inflamación (tales como el PCR), pero estas anomalías generalmente son leves y tienen una probabilidad baja de alteración en los estudios imagenológicos. Al igual que la PCB, la Pielonefritis crónica (PNC) es generalmente diagnosticada durante episodios de infección urinaria baja asociados con síntomas clínicos sistémicos, y debido a que es tan rara, se discute respecto a si realmente existe un umbral que permita su diferenciación de otras enfermedades prostáticas similares.

6. Síntomas Comunes.

La prostatitis bacteriana aguda (PBA) es un cuadro grave que requiere hospitalización inmediata. Los síntomas comunes de todas las formas de prostatitis incluyen fiebre, escalofríos, debilidad o fatiga, malestar general en cualquier lugar del cuerpo y dolor en las articulaciones. También pueden presentarse signos de irritabilidad vesical con polaquiuria, disuria, urgencia, aumento de la frecuencia urinaria, en período diurno y nocturno con molestias perineales.

La prostatitis bacteriana aguda (PBA) generalmente comienza por síntomas del tracto urinario, como polaquiuria y disuria acompañados de fiebre, escalofríos y síntomas locales de obstrucción como dolor perineal o del pene; los cuales pueden estar asociados con otros síntomas en vías urinarias superiores e inferiores como urgencia y dificultad miccional. Puede haber dolor intenso en región suprapúbica junto con náuseas y vómitos, asimismo dolor en la espalda baja hacia el recto.

Las prostatitis bacterianas típicamente se presentan con los síntomas descritos y afección del estado general. Uno de los problemas para su diagnóstico es que el diagnóstico diferencial con pielonefritis aguda, que generalmente cursa con manifestaciones similares, aunque con menos dolor perineal, y la sepsis grave suele ser difícil.

La prostatodinia o prostatitis abacteriana crónica da lugar a la triada de molestia periuretral, dolor pélvico y síntomas urinarios. Con frecuencia se producen dolor en el recto o zona inguinal, asociándose con dispareunia y

alteraciones sexuales ante la posibilidad de una infección recurrente. La exploración física es con frecuencia dolorosa y en doppler no se observa inyección de la papila.

7. Pruebas de Laboratorio.

El diagnóstico de prostatitis bacteriana aguda comienza con una evaluación clínica exhaustiva. Los pacientes pueden presentar síntomas como fiebre, dolor perineal, dificultad para orinar, aumento de la frecuencia urinaria, disuria y malestar general.

El diagnóstico de prostatitis bacteriana aguda comienza con una evaluación clínica exhaustiva. Los pacientes pueden presentar síntomas como fiebre, dolor perineal, dificultad para orinar, aumento de la frecuencia urinaria, disuria y malestar general. Debe realizarse un examen físico meticuloso que debe incluir la palpación de la próstata a través del recto para evaluar su tamaño, sensibilidad y consistencia. Está indicada la realización de uroanálisis y cultivo de orina en medio de la micción para respaldar el diagnóstico clínico antes de administrar antibióticos.

En pacientes con una temperatura corporal superior a 38.4°C, una posible fuente hematógena de infección (por ejemplo, endocarditis con *Staphylococcus aureus*), infecciones complicadas, como por ejemplo una sepsis o pacientes que estén inmunocomprometidos, se deben realizar hemocultivos antes de iniciar los antibióticos. Aunque los cultivos de sangre y orina pueden ayudar en el diagnóstico y el manejo, hasta un 35% de los cultivos de orina en pacientes con prostatitis agudas pueden no evidenciar crecimiento bacteriano.

En hombres menores de 35 años sexualmente activos y en hombres mayores de 35 años que tienen comportamientos sexuales de alto riesgo, se debe obtener hisopado uretral con tinción de Gram, cultivo del exudado uretral o una prueba de amplificación de ADN para evaluar la presencia de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.

Las pruebas de orina antes y después del masaje prostático (también conocido como el examen de 2 o 4 vasos de Meares-Stamey) son útiles para diagnosticar trastornos crónicos de la próstata y la pelvis; sin embargo, no se deben realizar tales pruebas en pacientes con sospecha de prostatitis bacteriana

aguda, ya que el masaje prostático aumenta el riesgo de bacteriemia y, posteriormente, de sepsis.

8. Estudios de Imagen.

La primera medida de imagen es la ecografía. Descarta abscesos o litiasis prostáticas y diagnóstica procesos obstructivos, quistes, etc. La ecografía también es útil en pacientes con síntomas obstructivos, PSA normal y ecografía vesical normal. La ecografía transrectal ha perdido peso con técnicas de imagen más avanzadas.

9. Abordaje Terapéutico.

9.1 Prostatitis Aguda.

El tratamiento con antibióticos inicial debe basarse en el microorganismo sospechado. Los antibióticos deben ajustarse según los resultados de cultivos y pruebas de sensibilidad, cuando estén disponibles. Los hombres menores de 35 años sexualmente activos y los hombres mayores de 35 años que tienen comportamientos sexuales de alto riesgo deben recibir tratamientos que cubran a *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*. Los pacientes con factores de riesgo de resistencia a los antibióticos requieren terapia intravenosa con regímenes de amplio espectro debido a la alta probabilidad de complicaciones.

Criterio de hospitalización para prostatitis aguda bacteriana.

- Falla del manejo ambulatorio.
- Intolerancia a la vía oral.
- Factores de riesgo para la resistencia bacteriana.
- Uso reciente de fluorquinolonas.
- Resección transuretral de próstata reciente o manipulación del tracto urinario inferior.
- Enfermedad sistémica o septicemia.
- Retención urinaria.

9.2. Prostatitis Bacteriana Crónica.

La prostatitis bacteriana crónica (PBC) se da en hombres entre los 40 y los 70 años de edad, y es relativamente común. Los gérmenes más frecuentemente aislados en los cultivos de líquidos prostáticos son *Escherichia coli*, seguidos por *Enterobacter*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* y *Serratia*. El

diagnóstico de PBC suele ser gérmenes que están causando infección urinaria crónica y algunos autores consideran a los problemas venéreos como agentes responsables, ya que estos tienen mayor frecuencia de complicaciones crónicas que las infecciones agudas. Los síntomas suelen ser de presentación variable y generalmente persisten por un tiempo prolongado, con empeoramiento por períodos variables.

Según el estudio realizado por Melean y colaboradores en el Hospital Vargas de Caracas (2011) en el cual se evaluó 179 resultados de pruebas de Stamey Meares, la *Escherichia coli* representó el germen más frecuente. Considerando los altos porcentajes de resistencia se sugiere como medicamentos de primera línea a las Cefalosporinas de tercera generación y doxiciclina.

En cuanto al tratamiento de la prostatitis crónica bacteriana, es fundamental un enfoque multidisciplinario que incluya la administración de antibióticos de largo plazo y medidas para aliviar los síntomas del paciente.

9.3. Prostatitis Crónica no Bacteriana.

Según las directrices del NIH y del NICE, la prostatitis crónica no bacteriana o el síndrome de dolor pélvico crónico, además de sus síntomas característicos, puede incluir alteraciones en el funcionamiento urinario: Frecuencia y urgencia. En el funcionamiento genital: Síndrome uretral y eyaculación dolorosa. En el sistema neuromuscular: Disfunción eréctil, entre otros. Es importante que los cultivos obtenidos se realicen en medios especializados para detectar microorganismos de difícil manejo como gonorrea, clamidia, micoplasma y ureaplasma, bacterias entéricas, hongos y micobacterias, entre otros.

El síndrome pélvico crónico se caracteriza por el dolor como síntoma principal, sin que se identifique una causa única y definitiva. Los hombres susceptibles pueden estar expuestos a diversos factores iniciadores, como mecanismos infecciosos, genéticos, anatómicos, neuromusculares, endocrinos, inmunológicos o psicológicos, que provocan dolor crónico.

La inflamación histológica crónica de la próstata se asocia significativamente con la progresión sintomática en el síndrome postparto. El síndrome pélvico crónico puede implicar estados inflamatorios e inmunológicos

periféricos que se perpetúan a sí mismos, lesiones neurogénicas y sensibilización central que conducen a un estado de dolor neuropático.

La ansiedad se identifica como un factor de riesgo para el desarrollo del PPPS.

10. Consideraciones Especiales en el Tratamiento.

Se requiere tratamiento prolongado con antibióticos, considerando los gérmenes más frecuentes, patrones de sensibilidad y penetrancia de los antibióticos al tejido prostático.

10.1. Prostatitis en Pacientes Inmunocomprometidos.

La terapéutica deberá ser hospitalaria asegurándose de que las curvas de antibiogramas de los diferentes microorganismos fueron exitosas antes de suspender el tratamiento inicial o adecuar al esquema ambulatorio si correspondiera.

En aquellos pacientes inmunocomprometidos, especialmente aquellos con inmunodeficiencia variable común, así como en pacientes con infección primaria donde generalmente éstos no producen la sintomatología habitual y suelen presentar una enfermedad bacteriana invasiva, específicamente neumocócica y/o meningocócica. La presentación clínica en pacientes con inmunodeficiencia variable común difiere del resto ya que presentan bacteriemia, abscesos viscerales en hígado, bazo, pulmones, articulaciones, y en menor porcentaje meningitis como en infecciones meningocócicas y neumonía.

Se deberá tener en cuenta la posibilidad de alteraciones específicas en los microorganismos productores de prostatitis, los pacientes inmunocomprometidos por VIH y su terapéutica previa. La neutropenia que pudiera presentar el enfermo oncológico o el tratamiento corticoideo prolongado y los pacientes con diabetes cuyas recurrencias infecciosas predisponentes positivas no respondan a un adecuado control metabólico.

Se recomienda tratar en forma ambulatoria, o en hospitalización si la condición médica básica así lo requiere, a todo paciente que presente aspecto tóxico.

10.2. Prostatitis en Adultos Mayores.

Los microorganismos causantes son los mismos que en otros grupos etarios y depende del trascurso o no del recorrido que hace la orina para que colonice la próstata. La forma clínica bacteriana más frecuentes es la aguda; en la mayoría de los casos piógena y las formas de prostatitis bacteriana crónica, más raramente, una prostatitis no bacteriana.

Las micosis y las infecciones oportunistas de la próstata pueden ser el origen de formas de prostatitis poco habituales, mientras que el papel patógeno de enterobacterias en la prostatitis crónica también se ha denominado como estrictamente poco frecuente a excepción hecha de las especies del género *Proteus*. Otros grupos de gérmenes poco prevalentes en la clínica prostática infecciosa, pero que en cambio es posible aislar de la próstata de pacientes seleccionados, son: estafilococos coagulasa negativo, *Mycobacterium tuberculosis*, bacterias anaerobias estrictas y *Mycoplasma* spp.

En el anciano, la clínica referida a infección del tracto urinario superior es más inespecíficos que en el paciente joven (puede faltar fiebre y dolor lumbar) y los datos de infección del tracto urinario inferior a menudo no aportan relevancia, ya que la mayoría presenta obstrucción de la vía urinaria. En muchos casos la fiebre está ausente o es leve. El anciano, en especial el institucionalizado, puede mostrarse apático, desorientado, taquicárdico, con sequedad de piel y mucosas e hipotensión. La dificultad para caminar y la alteración del estado mental, nada infrecuente en este grupo de edad por múltiples etiologías, pueden ser las únicas manifestaciones aparentes.

En los pacientes mayores, los procesos infecciosos urológicos se presentan con mayor frecuencia y menor intensidad sintomática que en la población general, lo que puede retrasar el diagnóstico y tratamiento de los mismos. La incidencia de bacteriemia en los pacientes con prostatitis es más elevada en pacientes mayores y en los que presentan sonda vesical o antecedentes de cirugía prostática (también metástasis a hueso, en caso de neoplasia prostática), por lo que en un tercio de los pacientes con prostatitis de origen bacteriano puede asociarse bacteriemia.

11. Conclusiones y Perspectivas Futuras.

Se necesita un mayor estudio de la microbiota prostática y su posible asociación con el desarrollo de la prostatitis aguda y el síndrome de dolor pélvico crónico (el subtipo III). Esta evidencia podría llevar a nuevas terapias antimicrobianas para estos pacientes.

Existe una clara discordancia entre la práctica que se realiza en nuestro medio y lo que las guías de práctica clínica sugieren a nivel mundial. Con la notoria prevalencia de la prostatitis, por ende, un agravante sobre el significado de los mismos; se podrían explicar las necesidades de políticas que modifiquen la conducta en el manejo del paciente prostático crónico y que en consecuencia disminuyan la utilización de antibióticos y otros medicamentos sin evidencia que lo soporte.

La prostatitis es una entidad clínica diagnosticada con alta frecuencia. Los tratamientos son variados y no siempre bien documentados. En particular, el manejo de la prostatitis crónica se ha basado principalmente en opiniones y derivados de pruebas, con pocas guías de práctica. La terapia antimicrobiana en la prostatitis crónica paradójicamente no tiene buena evidencia de beneficio, pero puede causar resistencia antimicrobiana y efectos secundarios. El desconocimiento de los mecanismos de la enfermedad lleva a un diagnóstico "hermético".

REFERENCIAS.

1. Juan fernando Jimenez cruz Enferm Infecc Microbiol Clin 2005;23(Supl. 4):47-56)J.
2. Curtis Nickel CUA PROSTATITIS GUIDELINE. CUAJ • October 2011 • Volume 5, Issue
3. [<https://www.niddk.nih.gov/health-information/urologic-diseases/prostate-problems/prostatitis-inflammation-prostate>]
4. Nathan G. Davis; Michael Silberman. 2023
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459257/>