



HABILIDADES EN PATOLOGÍA PROSTÁTICA

P

rostatitis

GRUPO DE HABILIDADES EN PATOLOGÍA PROSTÁTICA DE LA SEMG

El término "prostatitis" incluye un conjunto de síndromes de enfermedades o disturbios funcionales que afectan a la próstata o al área perineal con una sintomatología similar y con una etiología en buena parte desconocida.

Usualmente se da en jóvenes adultos o varones de edad media. Es la infección genitourinaria más frecuente en el varón entre la segunda y cuarta décadas de la vida.

■ PROSTATITIS AGUDA

Es una forma de infección bacteriana aguda frecuente, fácilmente reconocible y que responde bien al tratamiento.

El cuadro clínico de infección florida es muy recortado: de aparición súbita con fiebre alta, escalofrío-tiritona, malestar general, dolor lumbar e intensas molestias miccionales que pueden llegar a la retención aguda de orina.

En orina es frecuente encontrar piuria, bacteriuria y hematuria.

Al tacto rectal (TR) la próstata está blanda, dolorosa, congestiva y muy sensible; puede aparecer exudado purulento por meato uretral. Debe evitarse un TR agresivo por la posibilidad de una reacción séptica.

En plasma el PSA presenta valores altos.

Los gérmenes comunes encontrados en los cultivos son *E. coli*, Enterococo y Pseudomonas.

El proceso cede rápidamente con antibióticos que se deben mantener un tiempo relativamente largo (6-8 semanas).

■ PROSTATITIS CRÓNICA Y CUADROS DE SINTOMATOLOGÍA SIMILAR

En la gran mayoría de los casos los síntomas tienen un inicio insidioso con polaquiuria y urgencia miccionales, sensación de "quemazón" uretral y a veces febrícula.

A menudo hay enrojecimiento del meato uretral y de la mucosa circundante, y algo de secreción indicativa de uretritis.

Muchos pacientes aquejan chorro miccional fino y goteo postmiccional; dolor vago impreciso de variable intensidad y la sensación de frialdad o pesadez perineal es una manifestación común en estos pacientes.

La localización que repiten es en el periné profundo, áreas inguinales, suprapúbico, escroto y pene; todo de manera muy vaga e imprecisa. El dolor al final de la eyaculación o la hemospemia también se repite en sus manifestaciones y puede alterar su vida sexual.

Diagnóstico

Una próstata "blanduzca" o fibrótica es lo que se palpa al TR que, por otra parte, puede presentar una cierta "crepitación" y consistencia granular debi-

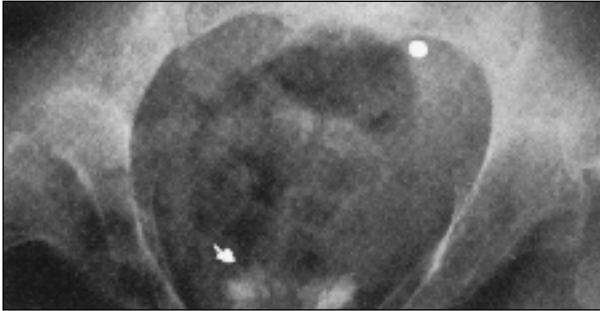


Figura 1. RX. SAU. Importantes alteraciones del esqueleto, con agenesia sacra (•), alteración de los huesos pélvicos y calcificaciones en pelvis menor correspondientes a litiasis prostáticas (†). Vejiga neurógena.

da a la presencia de cálculos. En ocasiones hay una inflamación localizada a nivel apical. Sin embargo, en la gran mayoría de los pacientes el TR es normal.

Existe consenso en que el signo más fiable de la prostatitis es la identificación de leucocitos polimorfonucleares (LPMN) y macrófagos en la fracción EPS del test de Stamey-Meares.

A menudo también hay abundante descamado

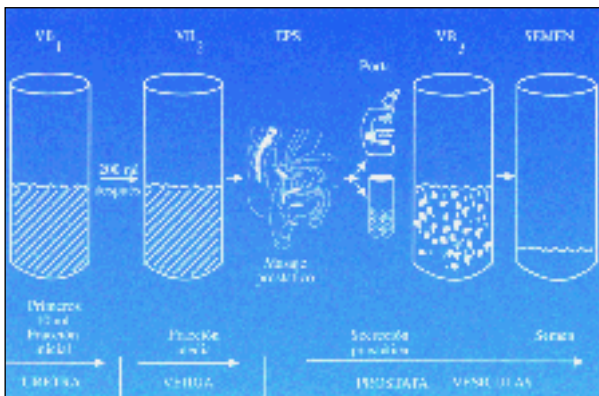


Figura 2. Cultivo fraccionado para la localización de la infección genito-urinaria del tracto inferior.

de células epiteliales de los acinis o ductos prostáticos. El masaje prostático produce una secreción de entre 0,1 y 1,0 cc. Para evitar la contaminación de la uretra, se invita al paciente a orinar antes del masaje. La secreción es exprimida y extendida sobre un porta, teñida y observada al microscopio.

Aunque en los varones sexualmente activos podemos observar en las muestras EPS leucocitos y células epiteliales, encontrar por encima de 10-15 LPMN/h.p.f. (x40 objetivo) correspondientes a 1.000 LPMN/mm³ es considerado patológico.

Un examen estándar en el estudio de esta patología es el test de Stamey-Meares: cultivo fraccionado.

Cultivo fraccionado para la localización de la infección genito-urinaria del tracto inferior (Fig. 2):

- Los 5-10 ml iniciales corresponden al lavado de la uretra por la orina VB₁: –voided bladder–: fracción inicial.

- Se invita al paciente a orinar unos 200 ml y se recogen otros 5-10 ml VB₂: fracción media.

- Se procede al masaje prostático y la fracción EPS – expressed prostatic secretion– es recogida.

- Finalmente se recogen otros 5-10 ml de orina tras el masaje prostático VB₃: fracción tras masaje.

El aumento de LPMN en las fracciones descritas obligaría –de hecho se hace– al cultivo de las mismas. En la práctica al test de Stamey-Meares se le suele asociar un cultivo de semen: recoge muestra de la secreción prostática y de las vesículas seminales. La interpretación del mismo debe hacerse en el contexto del test de Stamey, ya que en un 50% de los varones sanos el semen contiene gérmenes.

La biopsia de próstata no tiene lugar en el diagnóstico del paciente sospechoso de prostatitis crónica, ya que ésta es usualmente focal y no palpable. Sí ha lugar cuando se palpan áreas sospechosas (para diferenciar un tumor de una prostatitis crónica granulomatosa, por ejemplo).

La prostatitis bacteriana crónica se caracteriza por la presencia en la fracción prostática (EPS), orina postmasaje (VB₃) o semen, de una o más bacterias gram (–) que no crecen en las fracciones inicial (VB₁) o media (VB₂), o en recuentos superiores de colonias en al menos 1 fracción logarítmica.

Si la EPS o la fracción postmasaje (VB₃) se cultiva porque se hayan evidenciado LPMN en el microscopio y no crecen gérmenes, estos casos son catalogados como prostatitis abacteriana.

En una categoría adicional son catalogados los pacientes –un gran porcentaje– que se presentan aquejando los mismos síntomas, ausencia de LPMN en el examen en fresco al microscopio de la EPS, negatividad de los cultivos y ello en repetidas investigaciones: prostatodinia.

Clasificación

Los pacientes que acuden al médico con el llamado *síndrome de prostatitis* generalmente son clasificados con el sistema propuesto por Drach et al.



■ TABLA I

Clasificación del síndrome "prostatitis"

	Prostatitis A. Bacteriana	Prostatitis C Bacteriana	Prostatitis Abacteriana	Prostatodinia
Clinica	Típica Florida	Anodina	Anodina	Anodina
Tacto Rectal	Típico	Anodino	Anodino	Anodino
Células inflamatorias (EPS)	+	+	+	0
Cultivo EPS	+	+	0	0
Vejiga	+	+/0	0	0
Frecuencia Clínica	+	++	+++	+++
Semen	+	+	0	0

La mayoría de los pacientes vistos en la clínica pertenece a las categorías prostatitis abacteriana y prostatodinia.

Microorganismos identificados en la prostatitis bacteriana crónica

Como en la prostatitis aguda bacteriana, los gérmenes más frecuentemente encontrados en la P. crónica bacteriana son:

- bacilos aerobios gram(-): *E. coli*; enterobacter; Pseudomonas; Klebsiellas.

- el papel de los bacilos gram(+) es dudoso.

- sigue habiendo debate con *Ureaplasma urealyticum* -un organismo ampliamente distribuido en el tracto reproductor masculino- y *Chlamidia tracomatis*: ha sido probado que es causante de una gran parte de uretritis y epididimitis en varones por debajo de los 35 años. Se han encontrado asimismo elevados niveles de IgA específica para clamidias en el 45% de los eyaculados de varones con síntomas de prostatitis no bacteriana.

Ecografía en el diagnóstico del síndrome "prostatitis"

Aunque no hay unos patrones ecográficos típicos de la prostatitis bacteriana crónica, sí se le ha querido asociar un patrón ecográfico heteroecoico junto con dilatación de las venas periprostáticas. Su valoración preferente es mediante ecografía transrectal. En ocasiones aparecen unas vesículas seminales distendidas y con paredes engrosadas.

La litiasis prostática se repite con excesiva fre-

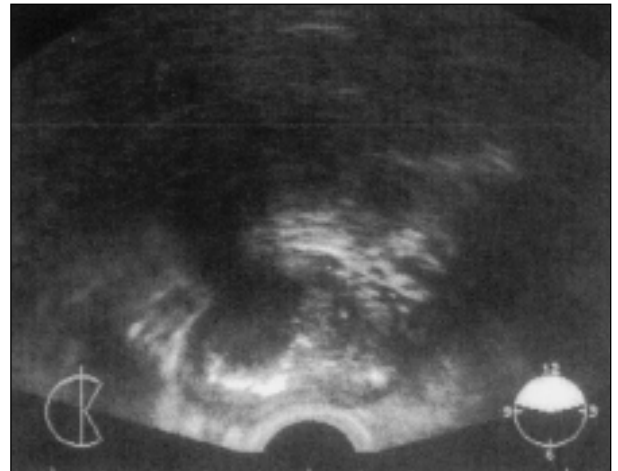


Figura 3. Ecografía TRUS, corte transversal, de un varón de 42 años. Calcificaciones en ambos lóbulos prostáticos que dejan sombra acústica. En el lóbulo izquierdo se aprecia un adenoma de próstata incipiente.

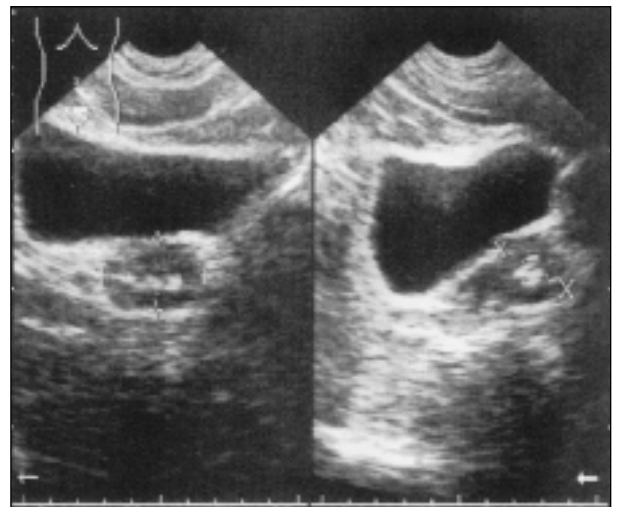


Figura 4. Ecografía abdominal, cortes transversal y longitudinal, en un varón de 37 años y sintomatología de prostatitis crónica. Glándula de 14 cc. de volumen con calcificaciones -hiperecogénicas- en su interior.

cuencia y también puede aparecer una hipertrofia del cuello vesical en un tercio de los pacientes.

PSA y prostatitis

En la prostatitis bacteriana aguda los valores del PSA son generalmente altos o muy altos y retornan a la normalidad después de un tratamiento eficaz.

En la prostatitis crónica el PSA puede ser normal o moderadamente aumentado, y suele plantear dudas con el CAP.

■ PROSTATODINIA

Síndrome de *prostatitis* en un varón joven en el que repetidas veces el EPS es negativo para LPMN; presenta sintomatología típica y ha seguido infinidad de tratamientos.

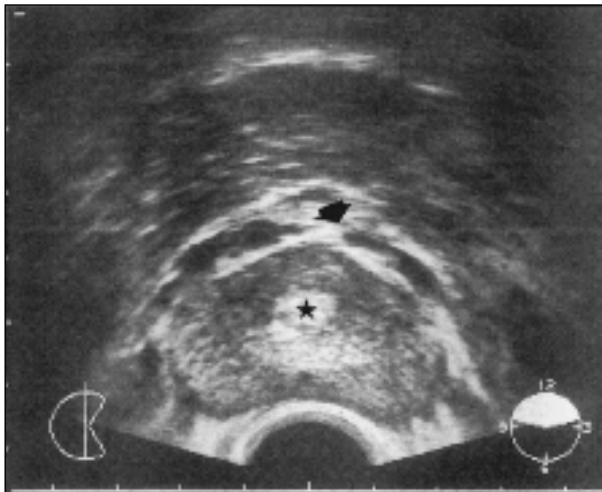


Figura 5. Ecografía TRUS, corte transversal. Varón de 38 años con diagnóstico clínico de prostatodinia. Glándula de morfología conservada con una zona hiperecogénica en su interior correspondiente a litiasis (*). No se observa crecimiento de TZ. Venas periprostáticas ostensibles (↓).

Las flujometrías suelen presentar una obstrucción moderada.

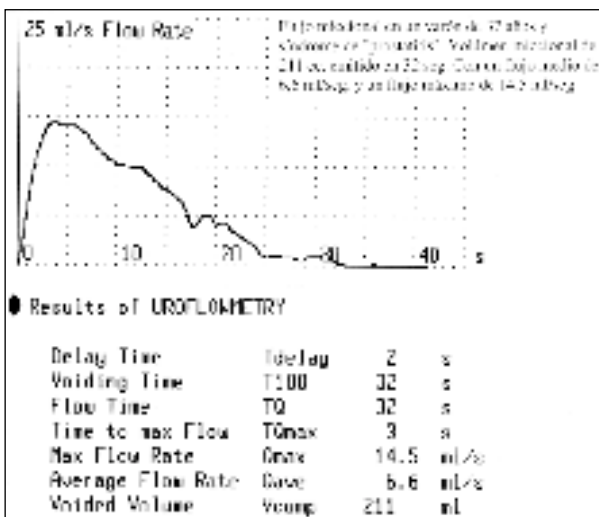


Figura 6. Flujo miccional en un varón de 37 años y síndrome de "prostatitis". Volumen miccional de 211 cc. emitido en 32 seg. Con un flujo medio de 6,6 ml/seg. y un flujo máximo de 14,5 ml/seg.

Estos pacientes sufren de molestias en el periné, o dolor en pene, testículos, área perianal, escroto, suprapúbico, etc. durante la micción o fuera de ella.

En estudios urodinámicos se observa una anormal contractura del esfínter externo –estriado– de la uretra, flujos miccionales bajos y disinergia detrusor-esfínter (ausencia de relajación del esfínter durante la micción).

Este disturbio se cree en relación con una mialgia por tensión del suelo pelviano, dependiente del estímulo simpático. También llamado *síndrome de la vejiga ansiosa*, afecta a varones excesivamente ansiosos.

Su patogenia no está completamente clara, pero se sabe que responden bien al tratamiento con α 1-bloqueantes y que al suspender el mismo empeoran.

No hay duda de que algunos individuos responden al estrés, ansiedad y depresión con dolor y disconfort en el área genitourinaria.

■ TRATAMIENTO

Prostatitis Aguda Bacteriana

Se trata en realidad de una bacteriemia de origen prostático. Dado que generalmente se debe a bacilos gram(-) optamos por antibióticos (AB) bactericidas preferiblemente por vía Im/lv por tener una mejor biodisponibilidad: aminoglucósidos, cefalosporinas de tercera generación, monobactames, quinolonas fluoradas, ...

Además del tratamiento etiológico, los antipiréticos, analgésicos y antiinflamatorios serán de gran utilidad.

Hay que considerar que durante la inflamación aguda la barrera *hematoprostática* –membrana lipopitelial– está alterada, por lo que la difusión de los AB es buena. En 24-48 horas el cuadro clínico revertirá y tras un tratamiento de 12-14 días, la membrana lipopitelial se recompondrá y difundirá entonces peor los AB; será el momento en que haya que utilizar AB con buena difusión prostática: quinolonas fluoradas orales y doxiciclina, para continuar el tratamiento durante 6-8 semanas más, buscando erradicar completamente la infección sin dejar lugar a focos de resistencia (prostatitis crónica).

Prostatitis Bacteriana Crónica

Si su diagnóstico es complejo, su tratamiento no lo es menos; la glándula prostática en cuyo interior asienta y se refugia la infección tiene una membrana



lipopeptídica que dificulta la difusión de la mayoría de los AB excepto de moléculas con un tamaño inferior a 4Å.

Los AB que difunden bien dentro de la glándula prostática son cotrimoxazol, doxiciclina, minociclina, quinolonas, aztreonam, ceftriaxona.

La duración del tratamiento debe ser de 6-8 semanas con control microbiológico al finalizar el tratamiento (test de Stamey-Meares).

Con esta pauta de tratamiento erradicaremos el 60% de las prostatitis crónicas; la presencia de litiasis dentro de la glándula condiciona negativamente el tratamiento pues los cálculos hacen que la infección se perpetúe.

El fracaso del tratamiento y la repetición de las reagudizaciones infecciosas puede aconsejar las inyecciones intraprostáticas de AB e incluso la cirugía transuretral prostática con los riesgos que, en estos pacientes jóvenes, conlleva.

Prostatitis Abacteriana

La ausencia de recuentos bacterianos significativos (tras el hallazgo en EPS de células inflamatorias) en cultivos fraccionados repetidos justifica no utilizar AB.

En estos casos medidas generales higiénico-dietéticas (evitar especias, picantes, alcohol, café, regularizar el tránsito intestinal, tratar el síndrome hemorroidal, higiene sexual, baños de asiento, etc.) ayudarán al bienestar del paciente.

En muchos casos es de gran utilidad la asociación de AB de buena difusión junto con los α 1-bloqueantes, y la termoterapia.

Prostatodinia

De acuerdo con los hallazgos urodinámicos y por exclusión del resto de las prostatitis, el tratamiento se basa en el uso de relajantes de fibra muscular lisa uroselectivos: los α 1-bloqueantes (alfuzosina, terazosina, doxazosina...).

La asociación de ansiolíticos por vía oral aliviará al paciente al eliminar un componente fundamental en este tipo de enfermos.

La pauta de tratamiento se mantendrá durante 6-8 semanas.

Ambos dos, paciente y urólogo, deberán acostumbrarse a vivir el primero con su "próstata", y el segundo con su "paciente".

PROSTATITIS GRANULOMATOSA

Dentro de las formas atípicas de la prostatitis merece una especial atención.

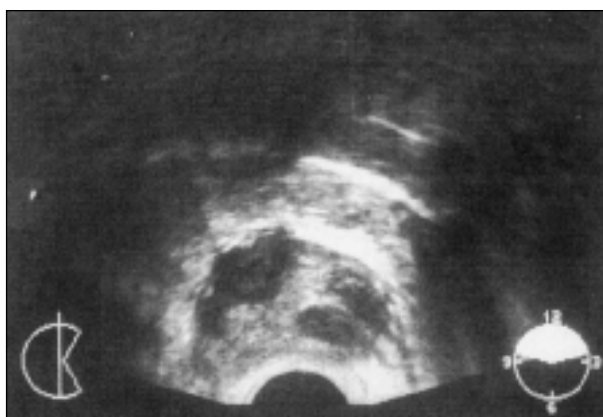


Figura 7. Ecografía TRUS, que muestra zonas hipoeoicas en ambos lóbulos prostáticos, morfológicamente sospechosos de CAP. La biopsia demostró tratarse de granulomas epitelioides secundarios a tratamiento con BCG: prostatitis granulomatosa.

Su etiopatogenia no está claramente establecida. Se han implicado microorganismos como *M. tuberculosis*, hongos (blastomycosis, coccidioidomycosis, cryptococosis, histoplasmosis...).

Merece una especial mención porque el tracto rectal es muy sospechoso y se confunde con un carcinoma de próstata que sólo la biopsia diferenciará.

También merece interés porque una gran parte de pacientes con tumores uroteliales vesicoprostáticos son tratados con inmunoterapia BCG (Bacilo de Calmette y Guérin) endovesical –instilaciones– que a nivel prostático dan lugar a una respuesta tipo granulomatosa (BCGitis prostática).