



Prostatismo

Definición

Se entiende por prostatismo a un síndrome que abarca signos o síntomas irritativos y/o obstructivos del aparato urinario masculino. Esta entidad incluye diagnósticos, como: hiperplasia prostática benigna, prostatitis aguda o crónica, enfermedades de transmisión sexual y en casos raros cáncer de próstata.

La prostatitis ha sido clasificada según sea bacteriana aguda (categoría I), bacteriana crónica (categoría II), dolor pélvico crónico (categoría III), y prostatitis inflamatoria asintomática (categoría IV, diagnosticada en biopsias) (1).

No hay sustento sobre el rol de una infección “escondida” en las categorías III y IV, por lo tanto no se usa antibióticos (1).

Prostatitis bacteriana aguda: síntomas irritativos u obstructivos acompañados de síntomas constitucionales como malestar, fiebre o escalofríos y una próstata sensible al tacto. Frecuente luego de biopsia prostática (1), (2).

Prostatitis bacteriana crónica: síntomas urogenitales recurrentes con evidencia de infección bacteriana de la próstata, causadas por el mismo organismo, con periodos asintomáticos y en ausencia de fiebre. Test de dos placas positivo. Solo 10% de los varones con categoría I desarrollan categoría II. Puede afectar la fertilidad y provoca eyaculación precoz (1), (2).

Dolor pélvico crónico: Presencia de dolor (perineal, pélvico, testicular, en el pene y con la eyaculación), limitación para la evacuación, en al menos 3 de los 6 meses previos, en ausencia de otra causa identificable. Es un diagnóstico de exclusión (1), (2).

Hiperplasia prostática: Patología funcional, no infecciosa, que consiste en el agrandamiento de la próstata y el obstáculo mecá-

nico al flujo miccional, en el cual no hay siempre relación directa entre el volumen de la hiperplasia y la intensidad de los síntomas (3), (4), (5).

Signos y síntomas

- Nicturia es el incremento de la frecuencia urinaria en la noche (2), (4).
- Intermittencia es el cese involuntario del chorro durante la evacuación (2), (4).
- El Calibre del chorro se encuentra disminuido o varía en relación a lo habitual (2), (4).
- Tenesmo es la sensación de evacuación incompleta al final de la micción (2), (4).
- Urgencia (miccional) es la sensación de evacuación urgente que no está acompañada de la emisión de orina (2), (4).
- La Frecuencia de la micción está aumentada (2), (4).
- El tacto rectal es doloroso en presencia de prostatitis, en cambio puede estar normal o mostrar una próstata aumentada de tamaño en hiperplasia prostática, o con bordes irregulares como el cáncer (sin presentar dolor) (2), (3), (4).

Laboratorio

- Biometría hemática
- EMO, cultivo de orina
- Creatinina
- Test de dos placas (*two glass test*): examen fresco de orina y luego fresco de masaje prostático o de orina posterior al masaje (2)

Imagen

Ecografía prostática (si se sospecha absceso prostático) (2)

Tratamiento

	Prostatitis aguda (2)	Prostatitis crónica (2), (6), (7), (8)	Hiperplasia prostática benigna (3), (4), (9), (10)
Tratamiento médico	Ciprofloxacina 500 mg vo BID x 2-4 semanas Ciprofloxacina 200 mg iv BID + Gentamicina 240 mg iv qd (intra-hospitalario)	Tamsulosina 0,4 mg vo hs x 4-6 semanas + Ciprofloxacina 500 mg vo bid x 4-6 semanas, o Doxiciclina* 100 mg vo BID x 4 semanas, o Azitromicina* 500 mg qd los tres primeros días de 3 semanas consecutivas	Tamsulosina 0,4 mg vo hs x 4-6 semanas o Finasteride 5 mg vo qd por 6 meses
Criterios para referir a urología	Síntomas persistentes, remisión lenta, absceso prostático	Residuo postmiccional recurrente	Síntomas persistentes con tratamiento

*Útiles en infección por *Chlamidia*

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

Tratamiento de la prostatitis aguda y crónica

Se recomienda el seguimiento con cultivo una semana después de haber iniciado el tratamiento clínico en prostatitis aguda (2). La biodisponibilidad farmacológica del antibiótico a nivel tisular es mayor en inflamación aguda que en crónica (2).

La presencia del “Systemic Inflammatory Response Syndrome” (SIRS, en inglés) o sepsis en presencia de prostatitis aguda es indicación de tratamiento hospitalario (2). El “Análisis del Antígeno Prostático Específico” (PSA, en inglés) suele estar elevado en prostatitis y su medición debe ser diferida hasta un mes luego de haber empezado el tratamiento (2).

En presencia de prostatitis bacteriana aguda con retención urinaria aguda está contraindicado el uso de sonda uretral (2). Los factores asociados a la progresión hacia prostatitis crónica bacteriana incluyen consumo de alcohol, diabetes mellitus y volumen prostático aumentado (2), (6).

Cuando se sospecha ETS debe cubrirse *C. tracomatis* en prostatitis crónica (2).

Entre 25-50% de los casos de prostatitis crónica presentan recurrencia a pesar del uso prolongado de antibióticos (2), (6).

El dolor en prostatitis aguda y crónica responde favorablemente al uso de AINES (2).

Para el manejo de dolor pélvico crónico se recomienda un tratamiento inicial de tamsulosina y ciprofloxacina similar al de prostatitis crónica, pero luego no se recomienda repetir antibióticos a menos que se cuente con cultivos de orina positivos (6), (11).

El manejo de los síntomas obstructivos o irritativos del dolor pélvico crónico es similar al de hiperplasia prostática benigna (12), (13). También son útiles los analgésicos de acción central o la psicoterapia (14). La presencia de hematuria o PSA en presencia de hiperplasia prostática benigna elevado son motivo de referencia a urología (4).

Tratamiento de hiperplasia prostática benigna

La uropatía obstructiva con antecedentes de síntomas de prostatismo es típica, pero no exclusiva de la hiperplasia prostática benigna (3), (4).

El cuestionario I-PSS (International Prostate Symptom Score- Quality of Life) es una herramienta útil para la toma de decisiones al enfrentar la hiperplasia prostática benigna. Recoge los síntomas y su impacto en la calidad de vida del paciente. Un puntaje menor o igual a 7 requiere vigilancia anual, un valor entre 8-19 requiere un tratamiento farmacológico, y un valor mayor o igual a 20 responderá con referencia para un tratamiento quirúrgico (3), (4).

Un tercio de los pacientes con hiperplasia de la próstata requerirán tratamiento por la progresión de los síntomas, otro tercio permanecerá estable y el resto tendrán algún grado de remisión a pesar de no recibir tratamiento (3), (4), (15).

Los factores relacionados con la progresión de los síntomas incluyen diagnóstico previo de hiperplasia, disfunción eréctil, edad avanzada, limitación del movimiento, problemas de salud mental, obesidad, hipertensión, lumbalgia, niveles bajos de HDL o de testosterona, pobreza (4).

La presencia de un residuo postmiccional o la evacuación de más de 100 cc de orina en un evento de obstrucción urinaria son hallazgos de hiperplasia prostática benigna.

Si bien la ecografía es útil para cuantificar residuo postmiccional, tamaño de próstata y calcificaciones prostáticas, la ecografía transrectal subestima el tamaño de la próstata en un 4,4% mientras que la ecografía transabdominal sobreestima el volumen un 55,7% (16).

Los pacientes con hiperplasia prostática deben cumplir medidas generales como: evitar líquidos antes de dormir o antes de salir, reducir café y alcohol (diuréticos), vaciar la vejiga (más de lo habitual) (3), (4).

Cuando se usa finasteride como tratamiento de hiperplasia prostática debe medirse PSA previo al inicio del tratamiento y se debe monitorizar (2), (4).

Tamsulosina provoca menos hipotensión si el paciente está tomando concurrentemente sildenafil (3), (17).

Aspectos socioculturales

En Ecuador, mucho más en zonas rurales, las representaciones sociales de las enfermedades de la próstata tienen un importante componente ideológico y hasta moralizante, esto se agrava más si hay disfunción eréctil concurrente. El paciente experimenta un cambio dramático en su calidad de vida (18).

La dificultad más importante en el manejo de los problemas prostáticos está relacionada con un ciclo de expectativas: que inicia con la aparición de los síntomas, el machismo que alimenta la expectativa de una "curación definitiva" y la frustración de la cronicidad de los problemas de salud. Una medicina "prometedora" reproduce el discurso ideológico de machismo acerca de la patología prostática(18), (19).

Referencias bibliográficas

1. Krieger J, Nyberg LJ, Nickel J. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA*. 1999 Jul; 282(3).
2. Bradley C G, Shoskes DA. Bacterial Prostatitis. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2016 Feb; 29(1).
3. Valle M B, García A , Muñoz V. Abordaje de la hiperplasia benigna de próstata: Actuación Atención Primaria-Especializada. *Medifam*. 2003 Mar; 13(3).
4. Kim EH, Larson JA, Gerald L A. Management of Benign Prostatic Hyperplasia. *Annual Review of Medicine*. 2016 Sept; 67(1).
5. Rosenberg M, Witt E, Miner M, Barkin J. A practical primary care approach to lower urinary tract symptoms caused by benign prostatic hyperplasia (BPH-LUTS). *Can J Urol*. 2014 Jun; 21(2).
6. Wagenlehner F, Weidner W, Naber K. Therapy for prostatitis, with emphasis on bacterial prostatitis. *Expert Opin Pharmacother*. 2007 Aug; 8(11).
7. Yoon B, Kim S, Han D, Ha U, Lee S, Kim H, et al. Acute bacterial prostatitis: how to prevent and manage chronic infection? *J. Infect. Chemother*. 2012 Aug; 18(4).
8. Perletti G, Marras E, Wagenlehner F, Magri V. Antimicrobial therapy for chronic bacterial prostatitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 8(CD009071).
9. Strobe A. Evidence-Based Guidelines in Lower Urinary Tract Symptoms Secondary to Benign Prostatic Hyperplasia and Variation in Care. *Current Opinion in Urology*. 2018 May; 28(3).
10. Tacklind J, Fink H, Macdonald R, Rutks I, Wilt T. Finasteride for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Oct; 6(10).
11. Nickel JC, Roehrborn C, Montorsi F, et al. Dutasteride reduces prostatitis symptoms compared with placebo in men enrolled in the REDUCE study. *J Urol*. 2011 Oct; 186(4).
12. Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, et al. Management of chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA* 2011; 305:78. *JAMA*. 2011 Jan; 305(1).
13. Lai HH, Krieger JN, Pontari MA, Buchwald D, Hou X, Landis JR, MAPP Research Network. Painful Bladder Filling and Painful Urgency are Distinct Characteristics in Men and Women with Urological Chronic Pelvic Pain Syndromes: A MAPP Research Network Study : A MAPP Research Network Study. *J Urol*. 2015 Jul; 194(6).
14. Agarwal M, Elsi SM. Gabapentoids in pain management in urological chronic pelvic pain syndrome: Gabapentin or pregabalin?. *NeuroUrol Urodyn* 2017; 36:2028. 2017 Nov; 36(8).
15. De Nunzio C, Presicce F, Lombardo R, et al. Patient centred care for the medical treatment of lower urinary tract symptoms in patients with benign prostatic obstruction: a key point to improve patients' care – a systematic review. *BMC Urology*. 2018 Jun; 18(1).
16. Tyloch J, Wieczorek A. The standards of an ultrasound examination of the prostate gland. Part 2. *Journal of Ultrasonography*. 2017;17(68):43-58. 2017 Mar; 17(68).
17. Nieminen T, Tammela T, Kööbi T, Kähönen M. The effects of tamsulosin and sildenafil in separate and combined regimens on detailed hemodynamics in patients with benign prostatic enlargement. *J Urol*. 2006 Dec; 176(6 Pt 1).
18. Stamogiannou I, Grunfeld E, Denison K, Muir G. Beliefs about illness and quality of life among men with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*. 2005 Mar-Apr; 17(2).
19. Halpin M, Phillips M, Oliffe J. Prostate cancer stories in the Canadian print media: representations of illness, disease and masculinities. *Sociology of Health & Illness*. 2009 Mar; 31(2).